Ano 6 nº 1 - janeiro/fevereiro de 2007

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Neonatalogia

- A importância do toque ao RN prematuro
- Assistência ventilatória com óxido nítrico

UTI

- Saturação venosa mista de oxigênio e índice cardíaco

Terapia infusional

- Manutenção do cateter de inserção periférica

Curso de enfermagem

- Urgências e emergências, parte I Triagem e gerenciamento de desastres em vítimas de traumas

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 6 nº 2 - março/abril de 2007

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

UTI

- Humanização do cuidar na unidade de terapia intensiva

Profissão

- Sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem

Infância

- Condiloma acuminado em criança de 8 anos

Neonatalogia

- Circular de cordão umbilical
- Enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias

Curso de enfermagem

- Urgências e emergências, parte II Cinemática do trauma

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 6 nº 3 - maio/junho de 2007

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Cirurgia

- Infecção em pacientes ortopédicos
- Comunicação
- Expressões corporais das crianças

Profissão

- Enfermeiras obstetras nos hospitais do interior de São Paulo

Tecnologia

- Análise da produção científica sobre ventilação mecânica

Curso de Enfermagem

- Urgências e Emergências, parte III Atendimento inicial à vítima de trauma

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 6 nº 4 - julho/agosto de 2007

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Profissão

- Condições de trabalho no ensino de enfermagem
- Atuação do enfermeiro no suporte nutricional enteral

Neonatal

- Conhecimentos materno sobre amamentação
- Atendimento da equipe obstétrica à mulher
- Necessidades humanas básicas de mães de recém-nascidos

Psiquiatria

- Ética e Bioética em pesquisa de enfermagem psiquiátrica

Curso de enfermagem

- Urgências e Emergências, parte IV Atendimento inicial ao paciente queimado

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 6 nº 5 -setembro/outubro de 2007

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Neonatal

- Caracterização de parturientes em maternidade pública
- Controle de infecção neonatal

Psiquiatria

- Variações comportamentais de idosos

Urgências

- Doenças cardíacas no setor de emergência

Profissão

- Erros na administração de medicamentos

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 6 nº 6 -novembro/dezembro de 2007

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Assistência de enfermagem

- Tratamento tópico de úlcera venosa
- Assistência ao paciente com lesão medular
- Cuidadores informais e assistência domiciliar

Psicologia

- Trabalho com adolescentes gestantes

Educação

- Planejamento familiar

Curso de enfermagem

- Urgências e Emergências, parte V Atendimento na parada cardiorrespiratória

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 6 número 1 - Janeiro / Fevereiro de 2007

EDITORIAL

Democratização digital, Sérgio Ribeiro dos Santos 3

CARTA DOS EDITORES 4

ARTIGOS ORIGINAIS

A importância do toque ao RN prematuro: reflexões de familiares para uma prática humanizada, Maíra do Prado Silva, Adriana Teixeira Reis 5

Tecnologia subsidiando o cuidado de enfermagem: dispositivo de deslocamento positivo, Elzeni dos Santos Braga, Renato Dias Barreiro Filho, Gustavo Gardel Ferreira, Karla da Silva Guimarães Rocha, Alessandro Fabio de Carvalho Oliveira 12

Saturação venosa mista de oxigênio e índice cardíaco: correlações emergidas da prática clínica do enfermeiro intensivista, Dalmo Valério Machado de Lima, Graciele Oroski Paes de Lima 26

REVISÃO

Assistência ventilatória neonatal com óxido nítrico, Janaina Fernandes Cerqueira Batista, Adriana Teixeira Reis 32

O impacto da lei 775 na formação profissional da Escola de enfermagem Alfredo Pinto (1950 - 1956), Bernardo Assis Monteiro, Wellington Mendonça de Amorim 38

Desafios vividos pelo ser mulher-adolescente no ciclo gravídico-puerperal, Lucimeire Santos Carvalho, Tânia Cristhiane Bispo, Naiane Andrade Simões, Cátia Andrade Silva, Ana Carla Petersen de Oliveira Santos 47

RELATO DE CASO

Cuidando da pessoa tetraplégica em casa: ausência de úlceras de pressão como prerrogativa dos programas de reabilitação, Wiliam César Alves Machado, Alfeu Gomes de Oliveira Júnior, Leandro Dias Gonçalves Ruffoni 53

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 62

CALENDÁRIO DE EVENTOS 64

CURSO DE ENFERMAGEM 2007

Urgências e emergências, Adriana Roloff 65

I - Triagem e gerenciamento de desastres em vítimas de traumas

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª Drª Maria Aparecida de Luca Nascimento (UniRio – Rio de Janeiro)

CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UniRio – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Dulce Dirclair Huf (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)

Rio de Janeiro
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164 / 2517-2749
atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

São Paulo
Rua Teodoro Sampaio, 2550/cj15
05406-200 – São Paulo – SP
Tel: (11) 3816-6192

Recife
Monica Pedrosa Miranda
Rua Dona Rita de Souza, 212
52061-480 – Recife – PE
Tel.: (81) 3444-2083 / 9204-0346
atlanticarecife@atlanticaeditora.com.br

Assinaturas
1 ano: R$ 175,00
Rio de Janeiro: (21) 2221-4164
São Paulo: (11) 3361-5595
Email: melloassinaturas@uol.com.br
Recife: (81) 3444-2083

atlântica editora

Editor executivo
Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Publicidade e marketing
René Caldeira Delpy Jr.
rene@atlanticaeditora.com.br

Gerência de vendas de assinaturas
Djalma Peçanha
djalma@atlanticaeditora.com.br

Editoração e arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Atendimento ao assinante
Vanessa Busson
vanessa@atlanticaeditora.com.br

Redação e administração
Todo o material
a ser publicado
deve ser enviado para
o seguinte endereço:

artigos@atlanticaeditora.com.br
ou
Atlantica Editora - Artigos
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil e MN-Metabólica.***

Fotos da capa: *Prof. Enf. Maria Auxiliadora Tavares Coimbra, Acadêmica de Enfermagem Elizabeth Ortega Monteiro e Sra. Mercês Augusta de Jesus, paciente da Clínica Escola da Unipac de Leopoldina, Minas Gerais.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

Democratização digital

Profº Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos

O termo "inclusão digital", de tão usado e divulgado, já se tornou um jargão no vocabulário da língua portuguesa. É corriqueiro ouvir-se falar de democratização do acesso à informação, mas sem haver critérios nem a devida atenção. Por isso, vem se questionando se a referida inclusão promove os efeitos desejados. A questão que se levanta é que o tema virou modismo, ainda mais no Brasil, com tantas desigualdades que produzem dificuldades ao acesso aos computadores.

Sabemos que o objeto da inclusão digital é, antes de tudo, melhorar as condições de vida de uma determinada região ou comunidade, com a ajuda da tecnologia. Não se trata apenas da "alfabetização" digital, que é a aprendizagem necessária ao indivíduo para interagir no mundo das mídias digitais como consumidor e como produtor de seus conteúdos e processos. Computadores conectados em rede e softwares são instrumentos técnicos imprescindíveis para que sejam realizadas atividades no universo da educação, no mundo do trabalho, nos novos cenários de circulação das informações e nos processos comunicativos.

Em outras palavras, incluir digitalmente é melhorar as condições sociais do indivíduo, a partir do manuseio dos computadores. Mas, como fazer isso? Será que apenas ensinando às pessoas noções básicas de informática estamos promovendo a inclusão digital? Convém ressaltar que quase tudo depende da vontade política do governo, através da implementação de políticas públicas comprometidas com o estado de bem-estar social.

Portanto, a inclusão digital deve ser vista pelo governo e pela sociedade como um processo capaz de criar oportunidades, a fim de que os usuários do mundo cibernético possam empregar seus conhecimentos no cotidiano da vida e do trabalho.

Dessa forma, há a necessidade de implementação de políticas governamentais que orientem e valorizem o trabalho das empresas na produção tecnológica, direcionem e ordenem seus mercados. Logo, para que tais políticas sejam desenvolvidas, é necessário fomentar a pesquisa, subsidiá-la e colocá-la em prática, assegurando-se, assim, o desenvolvimento desse setor. Como se observa, as atividades para a inclusão digital são complexas, sendo o caminho longo e árduo para se chegar à info-inclusão.

Sem essa compreensão, a inclusão digital não será o caminho para a inclusão social. Isso porque faltará o elemento de ligação entre o acesso à informação e o mundo digital. Tal vinculação só poderá ocorrer com a promoção da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, garantia de maior liberdade social, geração de conhecimentos e troca de informações.

Portanto, não existe inclusão digital sem inclusão social. Não é suficiente ensinar a usar o computador, dar computadores aos moradores de favela, ao pai de família que está desempregado e que não tem condições de sustentar seus filhos. É preciso, primeiramente, fazer-se a inclusão social, através da redistribuição de renda, da criação de uma sociedade mais justa. Só a partir daí, é possível pensar na inclusão digital.

Para que se possa alterar o quadro da info-exclusão, não basta apenas vontade política. É preciso acompanhar os avanços da humanidade e integrá-los no âmbito da educação. Urge superar o hiato que existe entre a escola e a empresa, entre ricos e miseráveis, entre produção e consumo. Estes são os desafios que devem ser vencidos para a construção de uma sociedade humanista e democrática. Nesse processo, a educação tem um papel fundamental, talvez o principal, capaz de garantir uma existência democrática com igualdade social e inclusão digital.

Carta dos editores

Iniciando o seu sexto ano de publicação, a *Enfermagem Brasil* vislumbra um futuro brilhante como periódico líder em sua área. A partir desta edição e ao longo de todo esse novo ano, iremos publicar, junto ao editorial científico, um caderno de cursos – *"Urgências e Emergências"* com enfoque específico ao pronto atendimento e os cuidados a serem prestados a todos aqueles acometidos por distúrbios orgânicos súbitos como também às vítimas de trauma. Este curso será apresentado, em 6 módulos, pela Profa. Adriana Roloff, especialista em Terapia Intensiva Adulto Crítico pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra-RS) e em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela PUC-RS.

Inaugurando mais esta inovação, estamos publicando o módulo I - *Triagem e gerenciamento de desastres em vítimas de trauma.* Ao final de 2007, em nossa edição de novembro/dezembro, apresentaremos um novo curso para 2008 sobre um outro tema tão interessante ou importante como este, pois esperamos, desta forma, servir de suporte e contribuir, cada vez mais, para a qualificação da Enfermagem no Brasil.

Como todo o sistema de saúde brasileiro, os profissionais de enfermagem enfrentam dificuldades de ordem profissional, mas sempre encontram forças para lutar pela constante melhora de atuação.

Assim também é a *Atlântica Editora* que, nesses últimos 5 anos, vem estabelecendo a sua parceria com os enfermeiros de todo o território nacional e procurando contribuir da melhor forma, pois editar artigos científicos de qualidade e na proporção em que temos publicado (em média, 8 artigos a cada 2 meses), só confirma e garante a promoção do conhecimento e a divulgação da produção científica da enfermagem brasileira. Hoje, a nossa base de leitores é de 12 mil profissionais e estudantes de enfermagem, que podem, através da *Enfermagem Brasil,* ter acesso a centenas de páginas anuais de informação científica. Afinal, fazer ciência, sem divulgar ou compartilhar, não leva ao conhecimento, e esta é nossa constante função.

Os Editores

Artigo original

A importância do toque ao RN prematuro: reflexões de familiares para uma prática humanizada

Maíra do Prado Silva*, Adriana Teixeira Reis, M.Sc.**

**Enfermeira, Universidade Gama Filho, **Especialista em Pediatria e Neonatologia (UERJ), Especialista em Gestão Hospitalar-ENSP/FIOCRUZ, Professora Universidade Gama Filho*

Resumo

Este trabalho tem como objeto de estudo o toque do familiar ao RN prematuro, buscando reflexões para uma prática humanizada pela equipe de enfermagem. A pesquisa foi de natureza descritiva, e de abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram quinze mães de bebês prematuros internados em uma UTI Neonatal de um Hospital Estadual do Rio de Janeiro. Os dados obtidos foram tratados e deram origem a quatro principais categorias: os sentimentos das mães no convívio da UTI neonatal; a importância do toque ao bebê prematuro; a percepção sobre a melhora do bebê ao toque e sentimentos das mães ao tocar no bebê. A maioria das mães referiu a importância do toque ao bebê, dando ênfase ao toque paterno. Foi mencionado também, que o toque proporciona melhora ao bebê e as mesmas acreditam que é uma prática favorável e que diminui o tempo de internação do seu filho. Conclui-se que o toque é uma importante estratégia de criação do vínculo família-bebê e deve ser estimulado por todos os profissionais da UTI neonatal, principalmente pela enfermagem, por estar mais tempo em contato com o bebê e seus familiares.

Palavras-chave: enfermagem, humanização, neonatologia, toque.

Abstract

The importance of touch in premature newborn: family's reflections for a humanized practice

The objective of this work was the touch provided to the premature newborn by family, searching reflections to a humanized practice by nursing staff. The study was descriptive with a qualitative approach. The subjects were fifteen mothers of hospitalized premature newborns in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of a state hospital of Rio de Janeiro. Data were analized and then four main classes were created: mothers' feelings to get on with living in the NICU, the touch importance to the premature newborn, the perception of baby's improvement provided by the touch and mother's feelings when touching her baby. Most of mothers referred to the touch importance for the baby emphasizing the father's touch. It was mentioned also that the touch provides improvement for the baby and same believe that this is a favorable practice and that it reduces the remaining time of her son in the hospital. Study concludes that the touch is an important strategy to build up the family-baby

Recebido em 17 de julho de 2006; aceito em 25 de janeiro de 2007.
Endereço para correspondência: Maíra do Prado Silva, Rua Olegário Mascarenhas 56, Centro, 44630-000 Mairi BA, Tel: (21) 82150891, E-mail: maiprado3@yahoo.com.br

attachment and should be stimulated by all NICU staff, mainly by nursing staff because they normally spend more time in contact with the baby and his family.

Key-words: nursing, humanization, neonatology, touch.

Resumen

La importancia del toque al RN prematuro: reflexiones de familiares para una práctica humanizada

Este trabajo tiene como objetivo de estudio el toque del familiar al RN prematuro, buscando reflexiones para una práctica humanizada por el equipo de enfermería. La investigación fue de naturaleza descriptiva, y de abordaje cualitativo. Los sujetos de la investigación fueron quince madres de nenes prematuros internados en una UTI Neonatal de un Hospital Estadual de Rio de Janeiro. Los datos obtenidos fueron tratados y originaron a cuatro principales categorías: sentimiento de las madre en la convivencia en UTI neonatal, la importancia del toque al nene prematuro, la percepción en cuanto la mejora del nene al toque y el sentimiento de las madres al tocar el nene. La mayoría de las madres refirió la importancia del toque al nene, poniendo énfasis al toque paterno. Fue mencionado también, que el toque proporciona mejorías al nene y las mismas creen que es una práctica favorable que disminuye el tiempo de internación del hijo. Concluyendo que el toque es una importante estrategia de creación del vínculo familia-nene, y debe ser estimulado por todos los profesionales de UTI neonatal, principalmente por la enfermería, por estar más tiempo en contacto con el nene y sus familiares.

Palabras-clave: enfermería, humanización, neonatología, toque.

Introdução

A Neonatologia apresentou um rápido desenvolvimento técnico-científico, particularmente nas últimas décadas, em grande parte devido aos cuidados ministrados ao RN desde a sala de parto. Os recursos alocados para este incremento assistencial levaram, por vezes, a um tecnicismo exagerado. Assim, o arsenal para o tratamento do recém-nascido impunha, em contrapartida, o isolamento da família. Não raramente, por semanas, o único contato da mãe com seu filho criticamente doente ocorria à distância, havendo por separá-los o acrílico da incubadora, os fios dos monitores, os tubos do aparelho de ventilação, o vidro do berçário. Muitas vezes se tornava difícil "achar" o bebê debaixo de toda essa parafernália técnica. À mãe restava resignação e observação passiva. Só mais recentemente passou-se a compreender de forma melhor a necessidade de estimular-se o desenvolvimento dos vínculos afetivos da criança com seus pais [1].

Com os avanços da Medicina, o RN prematuro tem oportunidades cada vez melhores para sobrevivência, o que dependerá dos cuidados que ele irá receber, das condições de seu nascimento, da idade gestacional, do peso, e das causas que o levaram à prematuridade.

Nas relações da equipe de enfermagem com o paciente, o toque se expressa como um dos sinais não-verbais mais significativos, sendo considerado integrante imprescindível do cuidado. O relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem com o paciente, no contexto da humanização assistencial, possui um caráter holístico e, nesta perspectiva, o paciente é visto com suas necessidades físicas, psicológicas e sociais, o que se traduz pelo estabelecimento de uma comunicação terapêutica.

As crianças prematuras e de baixo peso ao nascer podem ter maiores riscos de seqüelas em seu processo de crescimento e desenvolvimento, evidenciando que a alta hospitalar não significa a resolução dos problemas no período neonatal, sendo necessário o seguimento sistematizado das mesmas a longo prazo, com vistas a prevenção de riscos e danos. A enfermagem tem um papel fundamental no momento da alta, na transição para o domicílio e na realização das visitas domiciliares.

Os objetivos dos cuidados neonatais intensivos incluem evitar ou minimizar complicações futuras, submeter o recém-nascido (RN) a um estresse menor possível e intensificar a ligação entre pais e bebê.

A importância dos cuidados aos bebês prematuros proporcionou o interesse em realizar esta pesquisa. A motivação também partiu da escolha do desejo de poder apresentar a toda equipe de enfermagem como são importantes os cuidados prestados no desenvolvimento dos bebês prematuros, e o quanto estes dependem de seus cuidadores para sobreviver,

ressaltando a função essencial do toque de familiares (mãe e pai), na melhoria do estado geral do RN.

A participação da família no cuidado do RN prematuro, principalmente através do toque, é enfatizado como de grande importância para melhora do estado geral do bebê [2].

Os pais devem ser recebidos na unidade, de forma afetiva, e devem ser encorajados a conversar, tocar e pegar seu bebê no colo, observando alguns cuidados de anti-sepsia, como lavar as mãos antes de entrar na unidade; evitar uso de jóias e prender os cabelos se eles tocarem os ombros [3].

A enfermagem deve realizar um atendimento humanizado, em qualquer setor hospitalar, mas na UTI neonatal a situação é ainda mais delicada e necessita de atenção dobrada, pois trata de seres incapazes de dizer o que estão sentindo.

Incentivar o contato precoce dos pais com o filho é, sem dúvida, a conduta mais correta a ser adotada pela equipe de enfermagem, proporcionando aos pais, a oportunidade de visualizar e tocar a criança, o que será extremamente útil ao desenvolvimento do apego e ao início do vínculo afetivo após o nascimento e a manutenção do mesmo.

O método Canguru é uma forma de estimulação tátil que oferece resultados positivos na melhora do bebê e promove um maior senso de competência dos pais [4].

O contato pele-a-pele das mães com o bebê traz benefícios para ambos. Para os bebês, faz com que mantenha a temperatura corporal estável; melhore a oxigenação; proporcione ciclos regulares de sono profundo; ganhe peso corporal mais rápido; diminua os períodos de agitação e choro; e mantenha períodos de alerta mais prolongados e interativos [5].

A formação do laço familiar na UTI neonatal serve de base para um bom desenvolvimento posterior do RN, e para isso, a mãe e o pai devem ser orientados a acariciarem e falarem com seu bebê, como fariam normalmente, se ele não estivesse internado em um hospital.

A equipe de enfermagem, muitas vezes é quem mantém o contato, sempre que possível, com a pele do bebê, estimulando-o através do toque. Nesta perspectiva muda a assistência prestada ao RN, trabalhando de forma mais humanizada e menos mecanizada, oferecendo carinho e tentando minimizar a ausência da mãe que ocorre em alguns momentos.

Diante do exposto, esta pesquisa buscou proporcionar um maior conhecimento e conscientização sobre a importância do toque ao RN prematuro; identificar a percepção de pais sobre a realização do toque ao RN prematuro e demonstrar a importância do toque ao RN prematuro como uma prática de cuidado humanizado.

Material e métodos

O estudo é de natureza descritiva, através de uma abordagem qualitativa, baseada nas opiniões de mães que possuem bebês prematuros internados em uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

O cenário do estudo foi a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um Hospital Estadual do Rio de Janeiro.

Os dados foram coletados até que fosse atingido um ponto de saturação das falas. Esse ponto foi alcançado ao serem realizadas quinze entrevistas.

Foi feito um contato prévio com a Instituição, e após autorização, os sujeitos foram esclarecidos sobre o estudo, e então, a coleta foi feita de acordo com a disponibilidade dos depoentes e sua aceitação em participar da pesquisa, de acordo com a Resolução 196 do CNS [6].

O entrevistador orientou os sujeitos sobre o motivo de seu estudo e, antes de começar a entrevista, foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

O roteiro de entrevista era constituído de três perguntas abertas, e respondidas conforme disponibilidade dos mesmos. As perguntas feitas às mães foram:

- Como você está neste momento?;
- Como você se sente ao tocar seu filho na UTI?;
- Você acha importante tocar o seu bebê na UTI?
- De que forma você acha que o toque interfere na saúde do seu filho?".

Os dados foram coletados durante os meses de março e abril de 2006.

As falas foram gravadas e transcritas e, para fins de garantir o anonimato dos sujeitos, os mesmos foram denominados por nomes de frutas, escolhidos de forma aleatória.

A análise qualitativa agrupou os pontos comuns nas respostas das mães, e através disso, foram formadas quatro categorias de análise, segundo análise de Bardin [7].

Resultados e discussão

No final das análises, foi identificada a presença de categorias relacionadas às questões: sentimentos

das mães no convívio da UTI neonatal, a importância do toque ao bebê prematuro, a percepção sobre a melhora do bebê ao toque, e os sentimentos das mães ao tocar no bebê.

As falas das mães demonstram a ocorrência de um misto de sentimentos diferentes, nos quais percebe-se o quão difícil é a estadia dos seus bebês na UTI Neonatal.

Categoria 1 – Sentimentos das mães no convívio da UTI neonatal

Esta primeira categoria é entendida como um desabafo das mães, acerca de toda a situação difícil vivida no dia-a-dia da UTI Neonatal.

A internação do RN na UTI é uma situação geradora de grande ansiedade e medo para os pais, o que provoca a elaboração de sentimentos variados. Mesmo no momento em que passa a freqüentar o berçário, pode ser uma fonte de ansiedade tanto para a equipe de enfermagem quanto para a família.

A tristeza, como sentimento de maior incidência, é expressa por uma das mães:

> *" Só sinto vontade de chorar...".* (Pêra)

Nessa situação, a enfermeira deve identificar os fatores de risco de uma ligação família-bebê deficiente, o que poderá dificultar o processo de recuperação deste recém-nascido e a formação de vínculo, de modo a minimizar os efeitos negativos.

Cabe à equipe que trabalha na UTIN orientar a família que os enfermeiros e técnicos não substituem os pais. Assim, entendemos que: " Os pais são os 'atores' principais na recuperação deste recém-nascido hospitalizado" [8].

O medo também é bastante presente nas falas:

> *" ... senti que ia perder minha filha..."* (Banana)

Mas, apesar do medo prevalecer sobre a esperança, esta é fundamental e é reafirmada por uma acompanhante:

> *"... acredito que minha filha vai sair daqui com saúde".* (Maçã)

A singularidade conferida aos bebês como ser único, devido ao fato de não falarem, de aceitarem incondicionalmente os procedimentos a que são submetidos e de estarem à inteira disposição durante todo o processo de cuidar, expressa toda a sua dependência do cuidador [9]. Esta fragilidade é mencionada em uma fala:

> *"...ela é tão pequena tadinha. Não sabe nem se defender".* (Morango)

A sensação de impotência, a saudade, a culpa e até a felicidade também foram sentimentos citados pelas mães.

Categoria 2 – A importância do toque ao bebê prematuro

A unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN) é, para o recém-nascido, um local de conservação e recuperação do seu bem-estar e de garantia de sobrevida, assim como um sítio gerador de desconforto, desgaste físico e emocional intensos.

É primordial a participação dos pais nos cuidados (alimentação, troca de fraldas) aos RNs prematuros, na implantação de uma prática mais humanizada.

O toque é uma forma de humanização e é de extrema importância para os bebês prematuros:

"O toque faz parte do mecanismo de apego e deve ser incentivado de acordo com as condições do paciente." [5].

Para os bebês prematuros internados em berçários, o fator de privação parcial de suas mães, requer da equipe de enfermagem uma atenção especial, porque a estimulação da pele para os bebês tem importante papel no seu desenvolvimento psíquico. Como esses bebês não têm contato a todo momento com suas mães, é importante que a equipe de enfermagem durante o processo do cuidar estimule o toque de forma afetiva, transmitindo a esses que existe alguém ao seu lado que se preocupa com eles.

No relacionamento da equipe de enfermagem com o bebê, o toque tem fins terapêuticos, emocionais, propicia o desenvolvimento psicológico, favorece o contato físico entre os participantes do cuidado e fortalece o envolvimento, já que o cuidado prestado de forma técnica e mecânica não propicia nenhum benefício ao bebê.

Muitas mães lembram que o carinho que é transmitido aos bebês durante o ato de tocar melhora o estado do bebê.

"...Porque é através do toque que ela sabe que a gente está ali...". (Melão)

O ambiente da UTI neonatal é estressante, mas os profissionais e familiares devem ter disposição para tocar o bebê, já que através desta ação pode-se perceber diversos sinais do RN, além de acalentá-lo.

O RN prematuro carece do auxílio de profissionais e família, para que se adapte ao ambiente extra-uterino. Assim, utilizar medidas de conforto é primordial para contribuir no desenvolvimento do neonato, diminuindo seqüelas e estresse provocados, devido ao longo tempo de sua permanência na UTI.

Algumas mães referem atos referentes ao cuidado da enfermagem. Dentre as respostas, de forma surpreendente, mencionam rudeza, descuido e frieza por parte da equipe de enfermagem, o que está subtendido na frase:

" O toque da equipe também é muito importante, mas alguns tratam como bichos". (Mamão)

Em um estudo realizado por Silva e Nascimento [10] entre mães que acompanhavam seus filhos internados em uma UTI Neonatal do Rio de Janeiro, também foram observados resultados semelhantes: os depoimentos das mães abordaram aspectos relacionados à equipe, ao cuidado e ao ambiente. No que diz respeito à equipe, as mães também manifestaram insatisfação e insegurança, principalmente com a equipe de enfermagem. Em relação ao cuidado, todas consideraram importante a oportunidade de cuidar de seu filho na UTI. Nos resta refletir, assim, os motivos da existência deste sentimento de insatisfação relacionado à equipe de enfermagem, em cenários distintos. É uma oportunidade para repensarmos nossa prática a fim de tentarmos modificar um pouco a realidade atual. Ao considerarmos a humanização da assistência, devemos expandir este conceito para uma visão mais ampliada, não só restrita ao neonato, mas também à sua família.

A equipe é responsável por não assustar, e sim tranqüilizar os pais de bebês prematuros internados em UTIs neonatais, explicando-lhes todo o equipamento envolvido no cuidado do recém-nascido; que os profissionais são capacitados para aquele cuidado; e principalmente incentivar os pais a tocarem o seu bebê, mostrando a forma correta para fazê-lo sem aumentar o estresse do recém-nascido [5].

Este dado é preocupante e nos leva a refletir sobre os porquês de atos de desassistência ao RN. Sabemos que apesar do excesso de atividades, da sobrecarga de trabalho, a enfermeira precisa aperfeiçoar-se até conseguir um recurso terapêutico para a criança e sua família [11].

Os profissionais da UTI neonatal devem compreender a situação dolorosa e estressante que estão vivendo os familiares dos bebês internados, e tentar minimizar esse sofrimento, exercendo bem sua atividade e esclarecendo dúvidas.

Outras mães referem sentir-se bem ao tocar seus filhos na UTI:

" Eu me sinto bem...Fico um pouco deprimida durante a noite. Sei que falta alguém - é o Matheus." (Laranja)

Observa-se na resposta acima, o bem estar durante o contato com o filho, mas é válido ressaltar, que a sua distância é percebida como um sentimento ruim, uma carência, uma saudade, que provoca nessa mãe, até sinais de depressão.

O valor da aproximação paterna também é relembrado pelas mães:

"... Eu e o pai tocamos nosso filho e tentamos passar o máximo de carinho e amor possível". (Melancia)

Categoria 3 – A percepção sobre a melhora do bebê ao toque

A intenção nesta pergunta foi testar, em caráter empírico, a percepção das mães, sobre a ocorrência de melhorias na condição do RN quando as mesmas o tocam.

Buscou-se com esta questão saber se elas acham que o toque contribui na melhoria do estado de saúde de seus filhos. O contato pele-a-pele das mães com o bebê traz benefícios para ambos. Para os bebês, faz com que mantenha a temperatura corporal estável; melhore a oxigenação; proporcione ciclos regulares de sono profundo; ganhe peso corporal mais rápido; diminua os períodos de agitação e choro; e mantenha períodos de alerta mais prolongados e interativos [5].

Grande parte das mães disse que o toque delas faz com que seu bebê se acalme, o que demonstra reforço no vínculo materno:

"... ele sente meu cheiro e fica mais calmo". (Melancia)

Outra mãe verbaliza:

"... fica tranqüila e parece sorrir". (Manga)

A expressão do sorriso proporciona prazer para a mãe, pois percebe a melhora do seu filho.

Assim, o toque parece ser percebido pelas mães como favorável à melhora do bebê, pois mesmo que inconscientemente, elas vêm de encontro ao exposto pela literatura neonatal.

Categoria 4 – Sentimentos das mães ao tocar no bebê

O toque das mães em seus filhos na UTI neonatal propicia apego, criação de vínculo, afeto, e traz benefícios para ambos.

O toque precoce pelos pais na UTI neonatal é importante porque ajuda a conhecer a criança, aumenta o ganho de peso e acelera a alta do bebê da Unidade [8].

Observamos que muitas mães sentem felicidade ao tocar seu filho, o que é percebido na fala abaixo:

"...me sinto a pessoa mais feliz do mundo, pois apesar de estar internada, minha filha está viva". (Morango)

A emoção também ocorre quando as mães tocam seus bebês :

"...Quando eu olho o rostinho dele, o olhinho dele brilha e me emociono". (Tangerina)

O convívio na UTI neonatal e o desejo de levar o filho para casa provoca ansiedade nas mães, o que é constatado pela fala:

"... e não vejo a hora dela sair da UTI". (Acerola)

Os sentimentos citados nesta categoria foram positivos. Percebemos que apesar do convívio com situações-limite na UTI neonatal, as mães conseguem preservar sentimentos favoráveis e de esperança na rápida recuperação dos seus bebês.

Conclusão

Através desta pesquisa, em um pequeno universo, pudemos observar a importância do toque como instrumento de humanização da assistência ao RN, além de ser uma forma de cuidado que permite a criação do vínculo família-bebê.

A literatura afirma que o toque ao bebê prematuro é de extrema importância para sua recuperação. Observamos que as mães têm a mesma percepção, na medida que relatam o quão importante é esse ato.

A prática do cuidar do bebê prematuro deve ser desempenhada com humanização, carinho e atenção. Preocupa-nos o fato de algumas mães apontarem a forma que a equipe de enfermagem cuida dos seus bebês: com rudeza e frieza. É importante que os profissionais repensem a prática de cuidar de seres humanos, pois na UTIN, o ambiente é assustador e estressante, a situação é difícil, e se as mães não confiam nos profissionais, isso pode levar a elaboração de sentimentos desagradáveis nas famílias desses bebês e muitas das vezes, afastamento, criação de sentimentos desfavoráveis e situações conflitantes.

A equipe de enfermagem deve ser parceira dos pais dos bebês internados na UTI neonatal, tirando as dúvidas, ensinando o que eles podem fazer no cuidado do seu filho, transmitindo segurança, explicando a importância do toque, e até mesmo, pode servir de base emocional para a família desses bebês.

As mães entrevistadas expressaram diversos sentimentos quando questionadas sobre o que sentem ao conviver na UTIN. Isso demonstra claramente um descontrole emocional, e que deve ser trabalhado até mesmo pela equipe de enfermagem e Serviços de Psicologia, para não causar danos maiores a essas mães.

O mais interessante é que as mães, vivenciando situações tão difíceis, ainda conseguem preservar sentimentos favoráveis e a crença de que tocar seu bebê é bom, que ajuda na melhora do bebê, acelerando sua recuperação e diminuindo o seu tempo de estadia na UTI. Elas tocam não somente porque possuem carinho de mãe, mais também porque acreditam, que é uma prática favorável para melhora do estado geral do bebê.

Esta pesquisa proporcionou a compreensão mais de perto, dessa situação tão difícil, que é a problemática da internação de um RN na UTI neonatal. Através desta e outras visões, podemos

entender porque algumas mães reagem de forma tão variada diante de tal situação.

Para otimizar o atendimento em UTIs neonatais, é importante que haja uma relação de confiança entre a enfermagem e a família dos bebês, havendo sempre um estímulo ao toque no RN prematuro, tanto pela equipe de enfermagem como pela família.

Portanto, o objetivo é difundir a importância do toque, como forma de cuidado humanizado e estimular a sua realização em todos os momentos de contato com o bebê prematuro internado em UTIs neonatais, a fim de buscar um atendimento digno, humanizado, em busca da tão almejada qualidade da assistência.

Referências

1. Diniz E. Manual de neonatologia. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. 372p.
2. Kenner C. Enfermagem neonatal. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2001. 375p.
3. Almeida S. Rotinas de UTI neonatal de Ribeirão Preto. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. 205p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método mãe - canguru. Manual técnico. Brasília:MS; 2002.
5. Tamez R. Enfermagem na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 205 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 - dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição 70; 1977. p.95-117.
8. Moreira MEL Quando a vida começa diferente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. 191p.
9. Vidal G. A enfermagem interagindo com bebês internados em berçários [monografia]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 1999.
10. Silva GRG, Nascimento MAL. O ambiente frio e o cuidado morno: a equipe de enfermagem romovendo a aproximação entre mães e filhos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.Enfermagem Brasil 2005;4(4):206-12.
11. Castelli M. Enfermagem no CTIP. São Paulo: Roca; 1998. 428p.

Artigo original

Tecnologia subsidiando o cuidado de enfermagem: dispositivo de deslocamento positivo

Elzeni dos Santos Braga*, Renato Dias Barreiro Filho**, Gustavo Gardel Ferreira***, Karla da Silva Guimarães Rocha***, Alessandro Fabio de Carvalho Oliveira****

**Enfermeira pediatra pela EEAN-UFRJ, residente do INCL/EEAP-Unirio, **EEAP-Unirio, Enfermeiro intensivista, Educação Continuada do INCL, ***Enfermeiros cardiologistas pela EEAN-UFRJ, residentes do INCL/EEAP-Unirio, ****Enfermeiro intensivista pela EE-UERJ, residente do INCL/EEAP-Unirio*

Trabalho premiado em 2º lugar (prêmio "Lais Netto dos Reis") durante o 58o CBEn, 5 a 9/11/2006 Salvador BA

Resumo

*Objeto do estudo***:** manutenção do cateter venoso central de inserção periférica (PICC) conectado ao dispositivo de deslocamento positivo (DDP) em relação à permeabilidade do cateter. *Objetivos:* avaliar as válvulas instaladas quanto ao tempo de permanência; mostrar a eficácia nos índices de oclusões do cateter; e definir parâmetros para instalação, manutenção com a conexão do DDP. *Material e método***:** estudo experimental com delineamento fatorial, randomizado e observação participativa diária, dividida em grupo controle e experimental. *Coleta de dados***:** protocolo de inserção, manutenção e retirada de cateter. *Resultados:* de oito amostras: grupo controle (3) e o grupo experimental (5), com 5 avaliações em momentos diferentes para cada amostra**.** *Conclusão*: uso do PICC conectado ao DDP oferece maior mobilidade, sem prejuízo da permeabilidade, tempo de permanência e aumento dos índices de infecção.

Palavras-chave: PICC, enfermagem, dispositivo de deslocamento positivo, permeabilidade.

Abstract

Technology to aid nursing care: positive displacement device

Object: maintenance of the peripherally inserted central venous catheter (PICC) connected to positive displacement device (PDD) to preserve catheter permeability. *Objective***:** to evaluate the installed valves as for the time of permanence; to show the efficacy in the catheter occlusion rates and to define installation parameters, maintenance with PDD connection. *Material and methods:* experimental study with factorial delineation, randomized, participative and daily observation, divided into

Artigo recebido em 9 de janeiro de 2007; aceito em 26 de fevereiro de 2007.
Endereço para correspondência: Elzeni dos Santos Braga, INCL, Divisão de Enfermagem, Rua das Laranjeiras 374, 22240-006 Rio de Janeiro RJ, Tel.:(21) 2699-1816, E-mail: elzenibraga@oi.com.br

control and experimental groups. *Data collection:* we used insertion protocol, maintenance and catheter withdrawal. *Results:* eight samples: control group (3) and experimental group (5), with 5 evaluations in different moments for each sample. *Conclusion:* usage of connected PICC to PDD offers larger mobility, without loss of the permeability, time of permanence and increase of the infection rates.

Key-words: PICC, nursing, device of positive displacement;permeability.

Resumem

Tecnología para ayudar la atención de enfermería: dispositivo de desplazamiento positivo

Objetivo de estudio: mantenimiento del catéter venoso central insertado periféricamente (CCIP) conectado al dispositivo de desplazamiento positivo DDP para preservar la permeabilidad de catéter; *Objetivo:* evaluar las válvulas instaladas en cuanto al tiempo de permanencia; mostrar la eficacia en los índices de oclusiones del catéter y definir los parámetros para la instalación, mantenimiento con la conexión de DDP. *Metodología:* estudio experimental con lineamento factorial, randomizado y observación participativa, dividida en grupos control y experimental. *Colecta de datos:* utilizamos protocolo de inserción, mantenimiento y retirada de catéter. *Resultados:* ocho muestras: grupo control (3) y experimental (5), con 5 evaluaciones en momentos diferentes para cada muestra. *Conclusión***:** el uso de CCIP conectado para DDP ofrece mayor movilidad, sin pérdida de permeabilidad, tiempo de permanencia y aumento de los índices de infección.

Palabras-clave: PICC, enfermería, dispositivo de desplazamiento positivo, permeabilidad.

Introdução

Contextualizando a temática

Atualmente, vários avanços tecnológicos têm sido observados no cuidado a clientes hospitalizados, no sentido de garantir não só a sobrevivência, mas também a qualidade da assistência prestada, visando minimizar o sofrimento do cliente. No campo da terapia infusional, é crescente a utilização do cateter venoso central de inserção periférica (PICC) tanto em unidades de internação quanto em unidades de tratamento intensivo a clientes que necessitam de terapia intravenosa prolongada [1].

O primeiro PICC surgiu em 1926, descoberto pelo médico alemão Forssmann, que passou um cateter uretral através da veia antecubital esquerda e confirmou sua localização do lado direito do coração através de radiografia. Durante o início da década de 1950, foi reconhecido que a infusão de fluidos endovenosos diretamente na veia cava tinha melhor resultado que por via periférica [2].

A introdução do cateter de silicone começou em 1962, mas os PICCs somente ganharam atenção em 1980. Vários fatores contribuíram para a nova popularidade: tecnologia avançada provida de segurança, métodos menos traumáticos de inserção de cateteres e os materiais utilizados melhor tolerados pelo sistema periférico, além de redução de custos na terapia de infusão e menor tempo de assistência de enfermagem. A inserção do PICC tornou-se um método seguro para administração de quimioterápicos, sendo minimizadas as complicações decorrentes deste dispositivo em relação aos cateteres venosos inseridos centralmente [3].

Somente no final da década de 1990 é que o Brasil passa a utilizar esta nova tecnologia [4]. A inserção do PICC faz parte da rotina do Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (INCL), devido ao baixo índice de complicações, quando comparado com os outros tipos de acessos venosos centrais, de acordo com o relatório anual dos índices de infecção fornecido pela Comissão de Controle e Infecção Hospitalar do INCL [5] e o Guideline Pediatrics [6]. Conforme averiguado na prática, muitas vezes, o cliente encontra-se com tempo de internação prolongado, ou seja, já vem sendo invadido desde a internação com múltiplas punções, flebites, presença de cordão fibroso no leito vascular, associando a isso outros fatores, como anasarca, nutrição alterada, estresse físico. Além disso, durante o tratamento, o leito vascular periférico do cliente sofre ação de drogas vesicantes e irritantes [1] com pH e osmolalidade que alteram a fisiologia da camada endotelial. As suas vantagens estão relacionadas à possibilidade de suporte nutricional via parenteral, administração mais segura de líquidos e medicações endovenosas, possibilidade

de monitorização hemodinâmica e maior facilidade em mantê-los, evitando o estresse e o desconforto de repetidas punções.

Halderman [7] recomenda que, para utilização de um acesso venoso periférico, a rede venosa do cliente deve estar preservada, e o tipo de dispositivo a ser utilizado deve ser avaliado de acordo com a previsão de duração da terapia intravenosa, pois, nos casos de infusões de drogas com osmolaridade > 500 mOsm/l e pH > 9, como os das drogas vesicantes e irritantes, e com duração > 1 semana, está indicada a utilização de um cateter central de inserção periférica.

Entendemos que é competência do enfermeiro elaborar estratégias de supervisão, treinamento para a equipe e medidas de prevenção das potenciais complicações relacionadas ao uso de um acesso venoso central de inserção periférica, bem como minimizá-las diante sua ocorrência.

É notória a importância de lançar mão, no cuidado do enfermeiro, de uma tecnologia que auxilie e oriente a prática profissional, visando a melhoria na qualidade da assistência prestada. Estudos recentes vêm mostrando a inserção nos PICCs do uso de um dispositivo de deslocamento de pressão positiva, mostrando o controle de infecção, a hemocompatibilidade, entre outros [8,9]. A partir da análise destes estudos, decidimos recortar, como objeto de estudo, a manutenção do cateter de inserção periférica (PICC) com a conexão de dispositivo de deslocamento positivo (válvula por pressão positiva) em relação à permeabilidade do cateter.

Justificativa do estudo

Observamos que a eficácia e a praticidade dos cateteres PICC vão depender não exclusivamente da sua indicação e instalação, mas fundamentalmente da sua manutenção. A avaliação criteriosa e consciente do enfermeiro responsável contribui de forma primordial para que seja garantido o sucesso do tratamento. Um dos fatores primordiais na manutenção do cateter PICC encontra-se no item permeabilidade do dispositivo. Para que este item fosse alcançado, fazia-se necessário o uso contínuo de solução salina isotônica em bomba infusora. Tal fato impunha ao cliente o uso permanente do suporte de soro com bombas infusoras, no mínimo de duas, durante todas as suas atividades diárias no período de internação, como tomar banho, ir ao banheiro, passear no corredor, atender ao telefone, participar de atividades lúdicas, dentre outras, impondo ao cliente restrições que comprometem diretamente a sua recuperação. Indo de encontro à teoria de Maslow [10], que discursa sobre as necessidades humanas básicas, o foco da teoria holística do cuidado – a visão do cliente como um todo – nos remete a refletir sobre o conforto do cliente durante o seu tempo de internação, não perdendo de vista o caráter científico biológico que devemos sedimentar no momento da escolha do tratamento.

De acordo com Abbagnano [11], tecnologia é o estudo dos processos técnicos de determinado ramo da produção industrial ou de vários ramos. Já Aurélio [12] a define como sendo a teoria geral e estudos especializados sobre os procedimentos, instrumento e objetos próprios de qualquer técnica, arte ou ofício. Merhy [13] refere que há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, e que está presente nas atividades de saúde denominada de tecnologia leve-dura.

Tendo em vista o exposto, fica claro que devemos aliar o saber tecnológico assumindo o conhecimento que, segundo Garcia [14], é uma forma de estar no mundo, implicando em considerar a capacidade do homem em usar, fazer e posicionar-se diante do conhecimento. De acordo com o estudo de Hankins *et al.* [15], há duas formas de manter a permeabilidade do cateter: método SASH [1] e a salinização continua.

Sabe-se que os clientes cardiopatas, os constituintes de nossa realidade, principalmente os portadores de válvula mecânica, podem apresentar comprometimentos nos índices de coagulação, devido ao uso prolongado de anticoagulantes, inviabilizando o uso do método SASH como rotina.

No aflorar de nossas inquietações, fomos apresentados ao dispositivo de deslocamento positivo (DDP), que se trata de uma válvula sem tampa, compatível com a conexão de seringas *luer lock* e *luer slip*, dotada de pressão positiva, prevenindo oclusões de cateteres por meio de um mecanismo de autolimpeza que evita o retorno do sangue. Desde então, decidimos realizar um experimento inicial em nossos clientes, verificando a sua eficácia na manutenção da permeabilidade do cateter comparada ao uso de solução salina contínua em bomba infusora.

Questões norteadoras

Formulamos alguns questionamentos que servirão como fios condutores, a saber:

- de que forma avaliar a eficácia nos índices de oclusões trombóticas do cateter?;
- que critérios devem ser adotados para instalar e manter o cateter central de inserção periférica a conexão do dispositivo de deslocamento positivo (válvula por pressão positiva)?; e
- qual é o tempo de permanência indicado para manutenção da válvula a cada troca?

Objetivos do estudo

O objeto de estudo apoiar-se-á nos seguintes objetivos assim formulados:

- avaliar as válvulas instaladas quanto ao seu tempo de permanência;
- mostrar a eficácia da válvula nos índices de oclusões trombóticas do cateter; e
- definir parâmetros e critérios para instalação, manutenção do PICC com a conexão do dispositivo de deslocamento positivo (válvula por pressão positiva).

Relevância do estudo

O presente estudo justifica-se por ser de importância singular, em nível mundial, para o cliente, a enfermeira e o hospital. À medida que subsidiará outros estudos de mesma temática e fornecerá literatura a respeito da experiência com o PICC, que ainda é escassa no Brasil.

Bonassa [16] afirma que um dos objetivos do uso de cateteres venosos de longa permanência é "diminuir ou eliminar os traumas relacionados com a punção venosa, quer sejam os psicológicos ou os físicos relacionados com o caráter irritante e ou vesicante (...)". Concordando com Cury [3], que descreve, em sua tese, sobre a administração de agentes antineoplásicos visando o início precoce do tratamento com um cateter PICC para preservar a rede venosa periférica e, ao mesmo tempo, garantir um acesso venoso seguro e confiável, acreditamos que os clientes cardiopatas, que serão submetidos à terapia medicamentosa irritante e vesicante por tempo prolongado, também tenham garantida a inserção precoce do cateter PICC com a conexão do dispositivo de deslocamento positivo, para que seja preservada a autonomia desses clientes na realização das suas atividades diárias.

Vale ressaltar que, em nível de ensino, ofereceremos treinamentos com pré- e pós-testes às equipes, a começar pela enfermagem, contribuindo com a educação continuada da instituição, fornecendo informações que despertarão uma reflexão crítica sobre a importância da qualidade da assistência prestada ao cliente, tendo em vista que a imagem transmitida pelo hospital aos seus clientes depende das ações de enfermagem, uma vez que a qualidade está ligada ao nível de desempenho daqueles que executam os cuidados, pela forma que a equipe atua junto ao cliente, colocando em prática os seus conhecimentos, as suas atitudes e habilidades. Desta maneira, possui, também, uma importante contribuição para a assistência, visto que qualificaremos a equipe de enfermagem, primeiramente, através de treinamentos com posterior realização de um curso de capacitação para inserção e manutenção do cateter central de inserção periférica.

No âmbito da pesquisa, a partir deste estudo, também poderão surgir outras sobre a temática abordada em outras unidades hospitalares, bem como dar abertura para discussão da Comissão Técnica de Parecer do INCL, objetivando a possível padronização do DDP.

Revisão de literatura

Especificações técnicas do dispositivo deslocamento positivo (DDP), segundo o fabricante [17]

O DDP foi especialmente projetado para uso em linhas intravenosas, é visto como a primeira válvula sem tampa e de alta vazão, podendo ser conectada tanto as seringas tipo *luer lock* ou *luer slip*. Possui um *primer* interno para expelir o fluido quando o conector *luer* é removido, evitando o refluxo de sangue na linha do cateter. Trata-se de um dispositivo que oferece as seguintes vantagens:

- adaptabilidade: permite infusão e aspiração de fluidos, medicações sem uso de agulhas; compara-se aos sistemas de condução de medicamentos de enchimento prévio; possui material compatível e resistente a infusões lipídicas;
- alta vazão: proporciona taxa de fluxo de 250mL/minuto e suporta até 600 ciclos de aditivações/aspirações; e
- design passivo: a tecnologia é patenteada pela BBraun [18], o dispositivo não possui curvas e assegura a adaptabilidade às seringas sem o uso de agulhas, evitando acidentes com estes perfurocortantes tanto em clientes ou profissionais de saúde;

Estudos realizados sobre a válvula

Foram obtidos por meio de consulta nas bibliotecas virtuais da Bireme, Scielo e, também, de estudos realizados pelos laboratórios da BBraun, várias pesquisas que discorrem sobre o uso do DDP. Dentre estas, selecionamos uma amostra de 13 estudos que vão de encontro à temática, a saber: o estudo de Lucas [18] avaliou a integridade microbiana do DDP, utilizando o método experimental, no qual 40 válvulas foram instaladas em equipes de extensão e passaram por testes microbianos, sendo estas desinfetadas com álcool a 70%, a cada vez que fosse utilizada. Empregou-se o *Staphylococcus aureus* como organismo de testes microbianos, do qual obteve-se o seguinte resultado: "a válvula não demonstrou crescimento de contaminação microbiana".

O estudo de Kleinman [19] avaliou o impacto da válvula sem tampa e sem agulhas fechadas nos índices de sépsis de linha e oclusões trombóticas, em pacientes com cateteres centrais inseridos de forma periférica (PICCs) no Lehigh Valley Hospital. Kleinman [19] utilizou, como método, um teste aleatório em pacientes adultos, que foram encaminhados para os grupos experimental (válvula com *flush*) ou controle (procedimento padrão). Ambos os cateteres foram inseridos e mantidos de acordo com as diretrizes do hospital. Obteve-se, como conclusão, que o grupo experimental demonstrou índices de oclusão na faixa ou abaixo de 0,0051 oclusões por dia, também não sendo observada sépsis de linha nos dois grupos. Vários outros estudos avaliaram a válvula com relação aos índices de infectibilidade, não sendo encontrados índices significativos de infecções da corrente sangüínea relacionadas ao uso da válvula. No entanto, o estudo de Malaguti [20] informa que a introdução de sistemas valvulados sem agulhas tem causado um aumento de infecção primária da corrente sangüínea relacionada ao uso de cateteres em hospitais norte-americanos, tendo sido detectado, após um mês da implantação dos dispositivos, um aumento de 61% de infecções primárias.

Foram realizados, ainda, estudos com relação à hemocompatibilidade dos DDPs, que determinaram que o seu uso, durante a transfusão, não causa hemólise em nenhum estágio do procedimento de transfusão nem apresenta alterações em exames laboratoriais relacionadas à aspiração de sangue pelo dispositivo.

A tecnologia e as técnicas do cuidado tecnológico-humano

Com a intenção de alertar aos leitores sobre o foco central da nossa pesquisa visando a tecnologia como forma e arte de cuidar, precisamos definir alguns termos como técnica e tecnologia, humanismo, humano-tecnologia e modelo, porque ela é feita de e por humano para humano.

Figueiredo [21] descreve claramente esses termos, apoiando-se em teorias, como a de Hiller, um clássico que ainda não saiu de moda e que, mesmo na atualidade, refere temas pertinentes à enfermagem. Para o autor, técnica é:

> *"Esforço do homem que emprega as faculdades mentais para dominar e tornar utilizáveis a matéria e suas forças, ou seja, o que se encontra na natureza (...)*

ou

> *(...) conjunto dos instrumentos, aparelhos e processos usados na atividade humana, ou ainda, conjunto dos produtos desta atividade (...)"*

*Tecnologia***:** segundo Cunha *apud* Figueiredo [21], é o processo de exercer a técnica, que envolve aparelhos e/ou métodos, com conhecimento científico do porquê da tecnologia, por que se utiliza e o que se quer com ela – banho no leito – se utiliza dos princípios científicos de biofisioanatomia, de sociopsicoantropologia. Ainda discursando sobre tecnologia, Vincente [22] diz que, cada vez mais, somos mais solicitados a conviver com a tecnologia que é tecnicamente confiável, porque foi criada para se adequar ao nosso conhecimento do mundo físico, mas é tão complexa ou tão contra-intuitiva que, de fato, não é usável pela maioria dos seres humanos.

Humanismo: diz respeito à dignidade humana, baseada no caráter irreptível da pessoa, bem como à sua preservação tanto contra as ameaças do materialismo, como de qualquer espécie de nivelamento coletivista [22].

*Humano-tecnologia***:** trata-se de uma palavra composta de duas partes para lembrar que gente e tecnologia são dois aspectos importantes do sistema; queremos ter uma visão bonicular não permanecendo meio cego. O hífen às duas partes enfatiza a importância dos relacionamentos entre seres humanos e

tecnologia – ele é um substituto visível para aquelas propriedades emergentes que, sem isso, permaneceriam invisíveis (embora cruciais e poderosas). O "humano" vem em primeiro lugar para nos lembrar que devemos começar pela identificação de nossas necessidades humanas e societárias, não pela glorificação de alguma engenhoca fantasiosa isolada. "Tecnologia" é um meio, não um fim em si mesma, ou seja, "humano-tecnologia" permite uma extensão especial a dois outros termos que conhecemos muito bem: baixa tecnologia (*low tech*) e alta tecnologia (*high tech*) [22]. Segundo o antigo modo de pensar mecanicista, a baixa tecnologia é vista, em geral, como primitiva, portanto, ruim, e a alta tecnologia, como avançada, portanto, boa. A partir da nova perspectiva, a velha distinção entre baixa e alta tecnologia é completamente irrelevante, exceto quando são pertinentes às nossas necessidades e capacidades humanas [22].

Modelo: um desenho de alguma coisa – de um carro, um vestido, uma cama, um modelo de cuidar, de comportar-se.

Visto essas definições, chegamos à máxima que o processo de enfermagem traz um modelo que norteia a tecnologia, visando o alcance de metas a partir de execução de técnicas.

Portanto, a técnica não se confunde com a tecnologia, porque esta é destituída de base científica. Dentre os diversos autores que discutem técnica e tecnologia, Figueiredo [21] caracteriza o seguinte:

*Tecnologia de apoio à ciência***:** produtos, processos e serviços tecnológicos de base científica desenvolvidos não para utilização direta do ser humano em geral, mas criados especialmente em apoio ao desenvolvimento da ciência, que necessita de equipamentos cada vez mais sofisticados e tecnologicamente avançados. São as tecnologias que apóiam o desenvolvimento científico nos grandes centros de pesquisa.

Tecnologias de inovações: refere-se ao emprego do conhecimento científico, de modo imbricado nas suas múltiplas facetas, sintetizado em uma invenção, mesmo que, no plano das idéias, ainda se mostre possível por meio de leis e dos princípios científicos que lhe dão validade. Na maior parte das vezes, as invenções ficam aguardando o desenvolvimento de tecnologia de outras áreas para depois materializarem-se como uma inovação, que é a realização prática de um produto, processo ou serviço tecnológico de base científica.

Tecnologia para o desenvolvimento de produtos e processos: constitui-se no emprego de tecnologias existentes ou na aplicação de novos conhecimentos para a criação ou o aperfeiçoamento de bens, processos e serviços. São tecnologias utilizadas no desenvolvimento experimental e na engenharia, que buscam empregar os conhecimentos adquiridos na pesquisa aplicada para realização prática de produtos e processos, o seu aperfeiçoamento, a redução de custos ou a melhoria da qualidade.

Por conseguinte, sinalizamos que tecnologia de ponta é aquela tecnologia de base científica que interage no limiar do conhecimento humano. É a tecnologia de maiores valor agregado, potencial estratégico e poder de impacto na segurança e no desenvolvimento das nações [21].

O dicionário Webster define tecnologia como um sistema pelo qual uma sociedade provê seus membros com as coisas necessárias ou desejadas [23].

De acordo com Merhy [13], a tecnologia é vista como uma máquina moderna, o que tem dificultado bastante a nossa compreensão de que, quando falamos em trabalho em saúde, não se está referindo-se só ao conjunto das máquinas que são usadas nas ações de intervenção realizadas, por exemplo, sobre os pacientes. Afirma que há uma tecnologia menos dura do que o aparelho e as ferramentas de trabalho, e que está sempre presente nas atividades de saúde, que pode ser chamada de tecnologia leve-dura. É leve, ao ser um saber que as pessoas adquiriram, e está escrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, organizado, protocolado, normalizável e normalizado. Há várias experiências que podem mostrar todas as possibilidades definidas e, nisso, concordamos com os autores citados que há um domínio dos interesses organizados em torno das tecnologias duras. Hoje, o modelo assistencial é todo voltado para a produção de procedimentos, que consome intensamente tecnologia dura, gerando ainda mais necessidade de produção de procedimentos. O resultado disso concorda com o que previu Wright, descrito por Vicente [22], quando diz que estamos passando por uma longa e incômoda instabilidade transicional no mundo tecnológico. Mas, até que um novo e melhor modo de pensar cristalize-se e predomine, continuaremos a utilizá-las, pois funcionam dentro de suas limitações. Precisamos de uma nova abordagem que seja feita para os tempos modernos, mais sofisticados, do que as antigas soluções do mundo mecanicista ou humanista, mas que integre todas essas.

Temos, como conceito mais amplo de tecnologia, aquela baseada nas relações humanas, visando, em primeira instância, um cuidar holístico voltado para o cliente, e utilizando, para este cuidado, os equipamentos necessários para subsidiar esse cuidado.

Material e métodos

O presente estudo tem, por finalidade, a manutenção do cateter de inserção periférica (PICC) com a conexão do dispositivo de deslocamento positivo avaliando a permeabilidade do cateter. Segundo Cury [3]:

> *"Hoje cada vez mais, se firma a figura do enfermeiro como um profissional capacitado para indicar o melhor acesso venoso para o cliente, baseado em seus conhecimentos técnico-científicos relacionados aos dispositivos, tipo de tratamento prescrito e condições de abordagem do cliente, além de sua prática diária" [3].*

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo experimental com delineamento fatorial, randomizado, entre os clientes com cateter venoso central de inserção periférica utilizando o dispositivo de deslocamento de pressão positiva (experimento) e clientes que se encontram em infusão contínua de solução salina isotônica (controle), com observação participativa.

No que tange ao método experimental, segundo Wood [24], "um experimento é uma investigação científica que faz observações e, coleta dados de acordo com critérios explícitos". Este afirma que desenhos experimentais são particularmente adequados para testar relações de causa e efeito, porque ajudam a eliminar explicações alternativas potenciais para as descobertas. Ainda com Wood [24]:

> *"A randomização, ou o encaminhamento aleatório para um grupo, envolve a distribuição de indivíduos, ou para um grupo experimental, ou para um grupo controle em uma base puramente aleatória. (...) O encaminhamento aleatório para grupos experimentais ou controle leva em conta a eliminação de qualquer tendência sistemática nos grupos com respeito a atributos que talvez afetem a variável dependente que está sendo estudada".*

O método do estudo experimental com delineamento fatorial nos permite que sejam avaliados não apenas os efeitos principais, mas também os efeitos de interação. Nos experimentos fatoriais, os sujeitos são designados aleatoriamente a uma combinação de tratamentos. No delineamento fatorial, as varáveis independentes são denominadas fatores [25].

Segundo Minayo [26]:

> *"A observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa (...) Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para a compreensão da realidade".*

E, ainda, segundo a autora [26], "a observação participante permite que o observador estabeleça uma relação face a face com os observadores e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados".

Cenário do estudo

O cenário do estudo foi o Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (INCL), localizado no município do Rio de Janeiro. A opção pelo desenvolvimento do estudo, neste cenário, foi determinada por este caracterizar-se por uma demanda maior de clientes cardiopatas em tratamento infusional prolongado, ou seja, aqueles que, em virtude do seu estado de saúde, necessitam do uso prolongado de drogas vesicantes e irritantes, como combinações de antibióticos. E, ainda, esses mesmos clientes realizam suas atividades com certa autonomia, sendo importante o fator locomoção, pois esta não está limitada pela sua clínica. Logo, o uso do cateter PICC em bomba infusora limita as suas atividades diárias.

Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos do estudo são os clientes internados no INCL. A amostra foi do tipo aleatória, obedecendo-se os critérios de inclusão:

- ser o cliente cardiopata;
- estar indicado o uso do cateter central de inserção periférica;
- não possuir outro tipo de dispositivo vascular.

Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um protocolo de inserção, manutenção e retirada do cateter (Apêndice) criado pelos autores com a finalidade de documentar, acompanhar e avaliar todos os cateteres PICC introduzidos no cenário. Contudo, para contemplar os objetivos propostos, lançamos mão apenas de alguns itens constantes no mesmo. Utilizamos a observação direta e participativa diária com itens fechados.

Para o desenvolvimento da técnica de observação participante, baseamo-nos no que diz Minayo [26]: "ela se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seu próprio contexto".

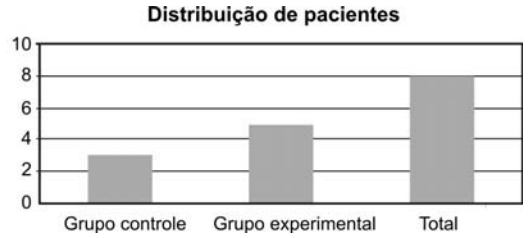
Coleta de dados

Os dados foram coletados pelos autores, após aprovação do CEP e assinatura do termo de conhecimento livre e esclarecido (TCLE), obedecendo a resolução CNS 196/96, durante o decorrer das atividades práticas de 40h semanais do referido hospital no período previamente marcado no cronograma pré-estabelecido. Com o intuito de auxiliar a coleta de dados para torná-la mais fidedigna, lançamos mão de uma observação participante, com a finalidade de acompanhar detalhadamente todos os acontecimentos mais importantes, durante o tratamento do cliente, no decorrer da pesquisa.

Resultados e discussão

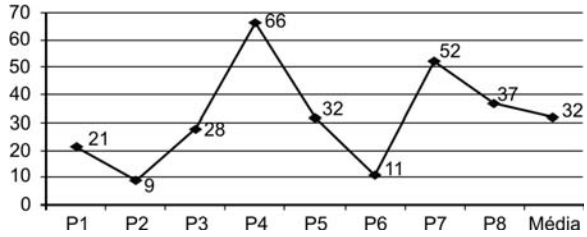
Analisamos os resultados obtidos de oito amostras de distribuição aleatória para a conexão do DDP (válvula com *flush*), no período de cinco semanas equivalentes a cinco avaliações que decorreram em momentos diferentes para cada amostra em acompanhamento. Os clientes estão denominados como: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8.

Gráfico 1- Distribuição das amostras.



A amostra contou com oito clientes distribuídos aleatoriamente (Gráfico 1), sendo o grupo controle composto por 37,5% dos clientes, enquanto o grupo experimental por 63,5% dos clientes.

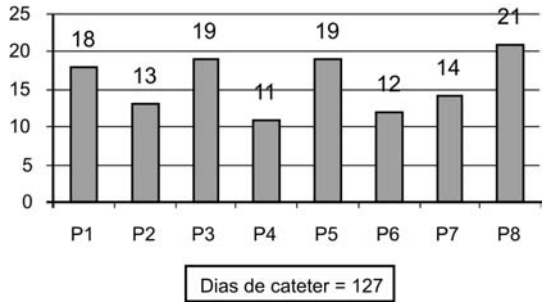
Gráfico 2 - Tempo de internação pré-inserção do PICC.



O Gráfico 2 nos remete que o tempo de internação foi, em média, de 32 dias (pico = 66 dias; mínimo = 9 dias). P1, P2 e P6 representaram a amostra controle, com variação de tempo pré-inserção do PICC entre 9-21 dias, enquanto o grupo experimental, representado, no mesmo Gráfico 2, por P4, P5, P7 e P8, tiveram tempo de internação entre 28-66 dias.

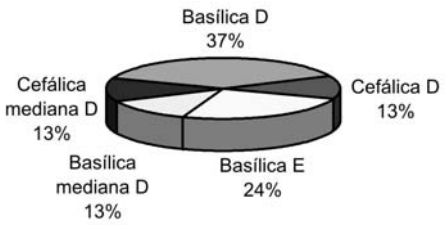
Diante disto, observamos que o tempo de internação pré-inserção do PICC foi maior no grupo experimental, revelando que os clientes estavam expostos, por mais tempo, a fatores de estresse do ambiente hospitalar, assim, o DDP permitiu-lhes maiores mobilidade e independência na realização de suas atividades diárias. Já os clientes controle necessitavam de auxílio para a execução de atividades rotineiras, como tomar banho, ir ao banheiro, etc.

Gráfico 3 - Tempo de permanência do cateter.



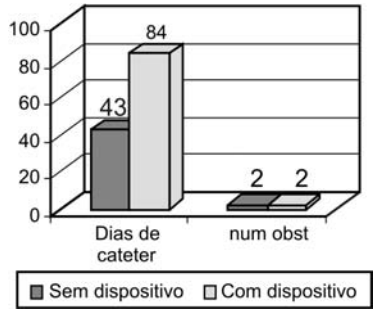
De acordo com o Gráfico 3, o somatório total de permanência do cateter nos dois grupos foi de 127 dias, distribuídos entre 12-18 dias para o controle e entre 11-21 dias para o experimental. O tempo de permanência do cateter não teve variação significativa, o que nos permitiu avaliar o DDP sem a interferência deste fator, viabilizando o estudo sem interferência das variáveis independentes.

Gráfico 4 - Local de inserção.



O Gráfico 4 mostra incidência maior na inserção do cateter pela veia basílica D, correspondendo a 37% das inserções, seguido pela basílica E (24% das inserções) e, com menor expressividade e de igual distribuição, as veias basílica mediana D, cefálica mediana D e cefálica D (13% das inserções). Indo de encontro ao que Rodrigues [27] diz, a nossa amostragem, em geral, teve sua incidência maior na veia de primeira escolha para puncionar basílica D, já que se trata de um vaso calibroso, com menor número de válvulas e anatomicamente com menor angulação na região escápulo-umeral, permitindo maior facilidade na progressão do cateter.

Gráfico 5 - Dias de cateter x obstrução do cateter.



Utilizamos a permeabilidade do cateter e o número total de dias avaliados para avaliar a obstrução. Tendo em vista o Gráfico 5, podemos perceber que o total de dias avaliados de cateter foi maior para o grupo experimental, no entanto, o número de ocorrências de obstrução manteve-se igual para ambos os grupos. A incidência foi maior no grupo controle, mostrando-nos que a taxa de obstrução não está diretamente relacionada com a utilização do DDP. As obstruções estavam relacionadas com a manutenção do cateter, remetendo-nos à necessidade de realização de novos treinamentos para manuseio adequado tanto dos cateteres com ou sem DDP. Na observação participativa, constatamos os seguintes motivos de obstruções: tampa na ponta distal do DDP, clampeamento da linha do cateter com DDP, equipo conectado ao cateter com bomba infusora parada por tempo indeterminado, uso de penicilina sódica associada a outros antibióticos, no mesmo horário, sem que houvesse *flush* entre as infusões dos mesmos precipitando medicação na linha do cateter.

Gráfico 6 - Presença de sangue na linha do cateter.

O Gráfico 6 representa o número total de válvulas utilizadas no decorrer do estudo com a ocorrência de sangue na linha do cateter. Utilizamos o intervalo de sete dias para troca dos DDPs. Observamos 4% de ocorrência, porém tratava-se de um cliente com tempo de coagulação alargado.

Gráfico 7 - Envio de ponta de cateter para cultura x resultado.

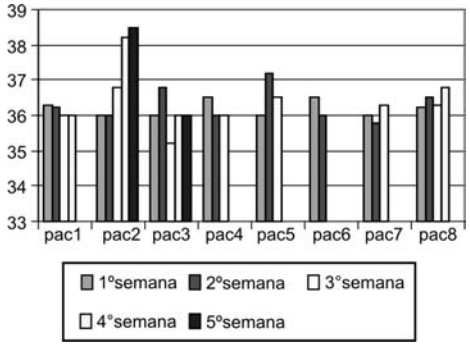
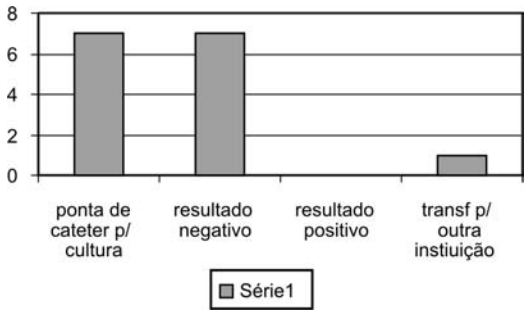
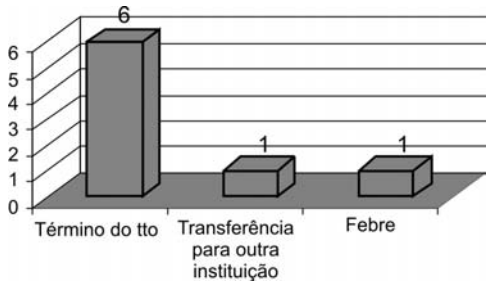


Gráfico 8 - Temperatura axilar x semanas avaliadas.



As avaliações do critério de julgamento de flebite foram constituídas pela escala de Maddox verificado nas cinco semanas de avaliações, onde os clientes foram até o final do uso do cateter com Maddox entre 0 e 1. Somando este dado aos do Gráfico 7, que evidencia que, dos oito clientes acompanhados, enviamos sete pontas de cateteres para cultura, obtendo sete culturas negativas (um cliente foi transferido para outra instituição com o PICC). Além disso, o Gráfico 8, que mostra a temperatura axilar de cada cliente, a cada semana avaliada, traduz que tivemos normotermia na maioria dos clientes com dois picos febris no P2 (grupo controle), por ter sido isolado *P. aeruginosa* na urina, não havendo relação com o cateter. Com isso, fica bastante claro que não houve infecção relacionada a cateter nos grupos controle e experimental, confirmando a vantagem do PICC com DDP. Apesar de alguns estudos defenderem o uso do PICC em detrimento do cateter venoso central, nos quais afirmam que há um alto índice de bacteremia, sendo predominante o estafilococos coagulase negativa [5], Malaguti [20], em sua revisão bibliográfica, constatou que houve um aumento de infecção da corrente sangüínea relacionada ao PICC. Em contrapartida, defendemos o uso de protocolo para acompanhar os cateteres.

Gráfico 9 - Motivo da retirada do cateter.



O Gráfico 9 mostra que a maioria dos clientes foi até o término do tratamento. Apenas um cliente retirou o cateter devido ao aparecimento de febre, embora não tenha sido constatada relação com o cateter, sendo negativo, inclusive, o resultado da cultura da ponta do cateter, enquanto um outro cliente foi transferido para outra instituição. Ainda de acordo com o Gráfico 9, podemos perceber que tanto o grupo controle quanto o grupo experimental alcançaram êxito no tratamento.

Conclusão

A partir deste estudo e de acordo com os dados preliminares, podemos observar que o uso do cateter PICC com a conexão do DDP oferece maior mobilidade ao cliente em relação àqueles que usam solução salina contínua em bomba infusora, não havendo prejuízo da permeabilidade do cateter, tempo de permanência e aumento dos índices de infecção, conforme analisado nos resultados. Outrossim, visamos a premente necessidade de um treinamento da equipe de enfermagem e, posteriormente, da equipe médica, quanto ao manuseio do cateter PICC com conexão DDP, visando a melhora de sua manutenção.

Ademais, vimos que os critérios para instalação do cateter PICC com a conexão DDP devem respeitar o nível de informação da equipe que irá manuseá-lo, oferecendo treinamento, se for necessário, e também o tempo de permanência do cliente na unidade hospitalar, ou seja, se, por um fato imprevisto, não houver válvulas suficientes para todos os clientes com o PICC, deveríamos respeitar o tempo de internação, pois, quanto maior, mais vulnerável estará o cliente ao tratamento com antibioticoterapia prolongada e também mais exposto aos fatores estressores. Os dados de um estudo paralelo a este, realizado pelos mesmos autores, onde pesquisa-se a percepção dos clientes em relação ao uso do DDP, têm mostrado que o DDP propicia maiores conforto e mobilidade ao cliente, permitindo a realização de suas atividades diárias com maior independência.

Quanto aos critérios de manutenção do cateter PICC com a conexão do DDP, podemos consolidar que o protocolo de troca, a cada sete dias, fornece um resultado satisfatório em relação à permeabilidade do cateter e aos índices de infecção. Tendo em vista o exposto, concluímos asseverando a grande necessidade de continuação deste estudo, ampliando o número da amostragem, montando uma base de dados para possibilitar a apresentação de dados quantitativos. Fica patente que os objetivos deste estudo foram atingidos em sua totalidade, uma vez que foram alcançados resultados satisfatórios e conclusivos.

Concluímos com a perspectiva de continuação do estudo, ampliando os resultados, e o compromisso de oferecer um Curso de Capacitação para Implantação do PICC aos enfermeiros da instituição cenário.

Referências

1. Barreiro Filho RD et al. A utilização do PICC na antibioticoterapia prolongada em clientes com en-

docardite infecciosa: relato de experiência. Acesso 2006;1(1):18.
2. Schuller DM et al. Cateter venoso central de inserção periférica em paciente com acompanhamento ambulatorial: estudo de caso. Nursing (São Paulo) 2005;(8)80.
3. Cury MAL et al. O cuidar/cuidado planejado no ambulatório de cateteres de adultos do Hospital do Câncer I - INCA: relato de experiência. Esc Anna Nery Rev Enf 2000;4(2):249-56.
4. Kakehashi TY, Lourenço SA. Assistência de enfermagem pré e pós-inserção imediata do cateter venoso central de inserção periférica em pacientes neonatais. Nursing (São Paulo) 2003;63(8).
5. Kakehashi TY. Relatório Anual de índices de infecção hospitalar. Rio de Janeiro: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar/INCL; 2005.
6. O'Grady NP et al. Pediatrics: guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. [citado 2006 Abr 5] Pediatrics 2002;110:51- DOI 10.1542/peds.110.5.e51. Disponível em URL: http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/5/e51.
7. Halderman FVAD. Selecting a vascular access device. Nursing (São Paulo) 2000;30(11):59-61.
8. Loretta K, Berger RN. Índices de infecção associados ao protocolo de mudança de 7 dias. Elmhurst: Gentiva Health Service 2000; p. 47-10.
9. Intravenous Nursing Society. Position papers: peripherally inserted central catheters. J Intraven Nurs 1997:1(4):172-74.
10. Maslow AH. Necessidades humanas básicas e o trabalhador e a teoria do autocuidado de Dorothéia Orem. Apostila do PCI-IV. Rio de Janeiro:EEAN/UFRJ; 2006. p.5.
11. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. 4a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
12. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3a ed. São Paulo: Positivo; 2004.
13. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar na assistência. [citado 2006 Jun 19]. Disponível em URL: http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc.
14. Garcia TR, Pauliuca LMF. A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos. Fortaleza: RENE; 1998, p.93-114.
15. Hankins J et al. Infusion Nursing Society-INS. In: Infusion therapy in clinical practice. Pennsylvania: WB Saunders; 2004.
16. Bonassa EMA. Quimioterapia via endovenosa (Ed). In: Bonassa EMA. Enfermagem em quimioterapia. Rio de Janeiro: Atheneu; 1998. p.45-58.
17. Bbraun Ultrasite®: Projeto positivo do deslocamento [online]. [citado 2006 Jun 19]. Disponível em URL: www.bbraun.com/products//.
18. Lucas LJ. Teste microbiano da válvula modificada Ultrasite. Bethlehem: Ultrasite Supportive Studies 2000; p. 10-48.
19. Kleinman LC et al. Rates of infection and other complications: a randomized trial of a two-way capless valve. Pennsylvania: Ultrasite Supportive Studies 2001. p.10-12.
20. Malaguti SE. Uso de sistemas valvulados e risco de infecção da corrente sangüínea. Controle de Infecção – BD. Artigo de Jornal. a.XVIII, n.60; 2005.
21. Figueiredo NMA. Tecnologias e técnicas em saúde: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro: Difusão; 2004.
22. Vicente K. Homens e máquinas – como a tecnologia pode revolucionar a vida cotidiana. 1a ed. São Paulo: Ediouro; 2005.
23. Guralnik DB. Webster's new world dictionary of the American language. 2nd ed. Cleveland: William Collins and World ; 1976. 1460p.
24. Wood GL, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
25. Polit DF et al. Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
26. Minayo MCS et al. O desafio do conhecimento. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1999.
27. Rodrigues E. Cateterismo epicutâneo em neonatologia [CD ROM]. Série Neonatal Atual.Rio de Janeiro; 2005.

Apêndice

Protocolo de instalação e manutenção do PICC

I - Identificação

Nome: _____

Alergia: _____ N° prontuário: _____

Unidade: _____ Leito: _____

Sexo: ( ) F ( ) M Data do nascimento: ___/___/___

Peso da internação: _____ Peso antes do procedimento: _____

Data da internação: ___/___/___ Tempo de internação: _____

Data do procedimento: ___/___/___

Diagnóstico: _____ Cirurgia proposta: _____

Pós-operatório: _____ DIAS CEC SIM ( ) NÃO ( )

Medicações em uso EV com dias:

_____

Medicações em uso VO:

_____

Assinou termo de consentimento livre e esclarecido: SIM ( ) NÃO ( )

Indicação para implantação do PICC:

_____

II - Dados do cateter

Marca: _____ calibre: _____ comprimento: _____cm Lote:_____

Validade: _____ (colar etiqueta no verso da folha)

III - Avaliação clínica do cliente antes do procedimento

Sinais vitais: Fc___bpm Ritmo_____ Fr___irpm PA___mmHg Tax___

Glicemia capilar: ___mg/dlINR: ___ PTTa: ___ Tap: ___ Hb___ Ht___

Plaquetas: _____ Leucócitos: _____

Nível de consciência: ( ) acordado ( ) sedado ( ) sonolento ( ) reativo ( ) orientado ( ) confuso ( ) agitado ( ) tranqüilo

Perfusão periférica generalizada: ( ) normal ( ) lenta

Perfusão periférica do membro selecionado (descreva cada pulso arterial examinado):

_____

Condições do leito vascular: ( ) múltiplas punções ( ) hematomas de punção ( ) membro edemaciado ( ) íntegro ( ) veias fibrosadas

IV - Inserção

Preparo para o procedimento: _____ Dias: _____

Local de inserção: _____ Perímetro da região selecionada: _____cm

Comprimento do cateter: _____cm

Comprimento a ser introduzido: _____cm Comprimento introduzido: _____cm

Realizado botão anestésico: ( ) SIM ( ) NÃO

Controle da dor: Escala de dor

N° tentativas de punção: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

Dificuldades para progressão do cateter: ( ) SIM ( ) NÃO

Confirmação radiologia/Posicionamento da ponta do cateter: _____

Necessidade de reposicionamento: ( ) SIM ( ) NÃO

Uso de válvula com pressão positiva: ( ) SIM ( ) NÃO

Fixação e curativos: ( ) oclusivo com gaze ( ) oclusivo com curativo transparente

Intercorrências:

_____

Assinatura e carimbo profissional responsável: _____

V - Manutenção

Troca do 1º curativo

( ) gaze com fita adesiva ( ) curativo transparente

Avaliação do sítio de inserção:

( ) hiperemia ( ) edema ( ) sangramento ( ) secreção serosa

Perímetro: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____

Assinatura e carimbo do profissional responsável: _____

Escala de Maddox

Data Gravidade									
0									
+1									
+2									
+3									
+4									
+5									

Tabela de acompanhamento do perímetro do membro selecionado

Data									
Perímetro									

Tabela de acompanhamento da temperatura axilar

Data									
Tax									

Tabela de fluxo e refluxo. Escreva sim ou não. Avalie refluindo e infundindo SF 0,9%

Data									
Permeabilidade									
Conduta									

Tabela de acompanhamento de presença de sangue na linha do cateter. Escreva sim ou não.

Data									
Sangue na linha do cateter									

Intercorrências:_____
_____
_____
_____

VI - Retirada

Causa: ( ) término do tratamento ( ) extrusão ( ) obstrução ( ) quebra ( ) sinais de infecção no sítio de inserção ( ) febre ( ) óbito

Comprimento retirado: _____cm Íntegro: ( ) sim ( ) não

Envio de ponta do cateter para cultura: ( ) sim ( ) não Hemocultura: ( ) sim ( ) não

Germe isolado: _____

Tratamento com antibiótico: ( ) sim ( ) não Qual? _____ Tempo: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____

Assinatura/carimbo do profissional responsável: _____

VII - Destino do cliente

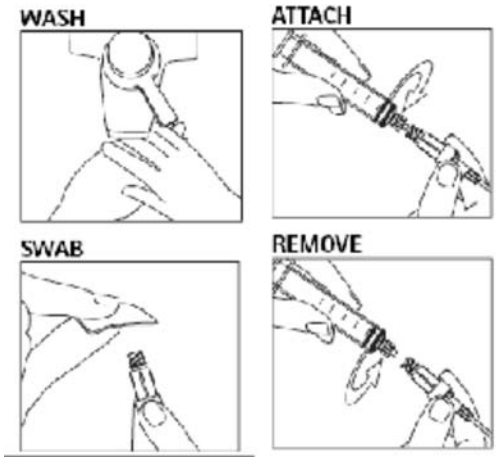
( ) alta ( ) transferência para outra unidade ( ) óbito

Anexo

Figura 1 - Funcionamento interno do dispositivo.

Fonte: BBraun

Figura 2 - Utilização do DDP.



Fonte: BBraun

Artigo original

Saturação venosa mista de oxigênio e índice cardíaco: correlações emergidas da prática clínica do enfermeiro intensivista

Dalmo Valério Machado de Lima, M.Sc.*, Graciele Oroski Paes de Lima, M.Sc.**

**Enfermeiro, Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEM) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC-UFF), Programa de Pós-Graduação na Saúde do Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), **Enfermeira, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida (UVA), Bombeiro Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ)*

Resumo

A monitorização hemodinâmica e oximétrica constituem-se em importantes ferramentas para guiar o tratamento do cliente crítico, contudo, não estão livres de risco. Assim sendo, o desenvolvimento de tecnologias menos invasivas apresentam-se como uma tendência mundial que justificou esse estudo não-experimental, correlacional. Objetivou-se avaliar a relação entre índice cardíaco (IC) e saturação venosa mista de oxigênio (SvO_2) em pacientes críticos (n = 10) durante o banho no leito realizado pela equipe de enfermagem. Trata-se da releitura e correlação de dados coletados entre 1999 e 2000 em uma unidade de terapia intensiva de um hospital privado no município do Rio de Janeiro. Os resultados apontam para uma forte correlação linear positiva entre IC e SvO_2. Conclui-se que o IC pode ser utilizado como medida de efeito de diversos outros procedimentos de enfermagem e sobre as mais variáveis situações.

Palavras-chave: débito cardíaco, oximetria, estudo comparativo, cuidado de enfermagem, unidades de terapia intensiva.

Abstract

Central venous oxygen saturation and heart rate: correlations emerged from clinical practice as an intensive care nurse

Hemodynamic monitoring and oximetry are important tools to conduct critical patient's treatment; however, they may not be risk-free. Therefore, development of less invasive technologies arise as a world tendency that justify this non-experimental correlation study. It aims at evaluating the relationship between heart rate (HR) and mixed venous oxygen saturation (SvO_2) in critically ill patients (n = 10), during bath in bed performed by nursing staff. It deals with rereading and correlation of collected data between 1999 and 2000 in an intensive care unit of a private hospital of Rio de Janeiro. The results points at a strong positive linear correlation between HR and SvO_2. We conclude that the IC can be used as an effective measure of other nursing procedures and to deal with different situations.

Key-words: cardiac output, oximetry, comparative study, nursing care, intensive care units.

Artigo recebido em 21 de fevereiro de 2007; aceito em 2 de março de 2007.
Endereço para correspondência: Dalmo Valério Machado de Lima, Rua Durval Mesquita 92, 22750-053 Rio Bonito RJ, Tel:(21)3471-0324 / 8182-3977, E-mail: dalmolima@gmail.com

Resumen

Saturación venosa mixta de oxígeno e índice cardíaco: correlaciones surgidas a partir de la práctica clínica del enfermero intensivista

La monitoración hemodinámica y oximetria se constituyen en importantes herramientas para guiar el tratamiento del paciente crítico, no obstante, no están libres de riesgo. De esta manera, el desarrollo de tecnologías menos invasivas surgen como una tendencia mundial que fundamentó este estudio no experimental, correlacional. El objetivo ha sido evaluar la relación entre el índice cardiaco (IC) y saturación venosa mixta de oxigeno ($SvO_{2)}$ en pacientes críticos (n = 10), durante el baño en la cama realizado por el equipo de enfermería. Se trata de una relectura y correlación de datos colectados, entre 1999 y 2000, en una unidad de terapia intensiva de un hospital privado de Rio de Janeiro. Los resultados señalan que existe una fuerte correlación positiva entre IC y SvO_2. Se concluye que el IC puede ser utilizado como medida de efecto de diversos procedimientos de enfermería y ante las más diversas situaciones.

Palabras-clave: gasto cardíaco, oximetria, estudio comparativo, unidades de terapia intensiva, atención de enfermería.

Introdução

Após a 2ª Guerra Mundial, observou-se um avanço imenso em diversas áreas do conhecimento, em especial a tecnológica. Logo, essa evolução tecnológica também se refletiu em diferentes cenários no contexto da saúde: indústria farmacêutica, equipamentos de suporte e monitorização às funções vitais, materiais alternativos e biocompatíveis, técnicas cirúrgicas, entre outros. A Europa contabilizava os mortos e feridos egressos das batalhas, das condições de convívio e higiene que propiciaram o surgimento de diversas epidemias, como a de tuberculose e poiliomielite, que assolaram a Dinamarca. Nessa perspectiva foi inaugurada, no ano de 1953, na cidade de Copenhague, naquele país nórdico, a primeira Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do mundo [1]. Nessa composição, a tecnologia pode ser concebida como conhecimento aplicado para a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e reabilitação de suas conseqüências [2]. Naturalmente, esse conceito abrangente implica em um criterioso gerenciamento dos custos que advém da implementação dessas possibilidades tecnológicas. Esse gerenciamento determinou o surgimento de uma nova disciplina – a Avaliação Tecnológica de Saúde [3]. Desde então, impõe-se um grande desafio para os sistemas sanitários, posto a coexistência do paradigma biotecnocientífico (que incentiva a incorporação tecnológica) e da cultura dos limites (que seleciona as tecnologias) [4].

Toda tecnologia possui um ciclo de vida, composto de: inovação, difusão precoce, incorporação, larga utilização e abandono [3]. Dentre os fatores que determinam o abandono de utilização de determinada tecnologia, incluem-se os custos, os riscos e o desenvolvimento de novas tecnologias. Em se tratando de cliente crítico, antes da disponibilização dos dispositivos de monitorização hemodinâmica invasiva à beira do leito, dispunha-se apenas dos sinais e sintomas para avaliação da função cardíaca e guiar a terapia. Em 1962, com a monitorização da Pressão Venosa Central (PVC) à beira do leito inicia-se uma nova fase da assistência prestada ao cliente critico. Seguiu-se do desenvolvimento e aplicação clínica do cateter de duplo lúmen direcionado por fluxo na artéria pulmonar – o cateter de Swan-Ganz (CSG) em 1970. Esse dispositivo provê de forma relativamente simples, segura, rápida e acurada a pressão diastólica final de ventrículo esquerdo (PDFVE), débito cardíaco (DC) entre outras variáveis hemodinâmicas [5]. A PDFVE é decorrente do volume diástólico final (VDF), que equivale a quantidade de sangue dentro de cada ventrículo ao final da diástole ventricular, correspondendo a cerca de 120 ml no adulto. A quantidade de sangue que permanece em cada ventrículo ao final da sístole ventricular equivale a 50 ml e denomina-se volume sistólico final (VSF). A diferença entre esses dois volumes (VDF e VSF) é denominada volume sistólico (VS) e, corresponde à quantidade de sangue ejetada de cada ventrículo, durante a contração, constitui-se juntamente com a freqüência cardíaca (FC) os determinantes do DC.

A provisão e transporte de sangue oxigenado do corpo e remoção dos metabólitos celulares é um processo complexo que envolve ações integradas dos sistemas cardiovascular e pulmonar. O DC refere-se à quantidade de sangue entregue à circulação sistêmica. Esse valor mensurado é representado pelo volume e pelo tempo, resultando em uma unidade de litros por minuto (L/min) e, a faixa de referência em adultos varia entre 4 a 8 L/min [5]. O índice cardíaco (IC) refere-se a um valor calculado e,

constitui-se em uma forma de comparação do DC entre indivíduos de diferentes tamanhos, posto que é obtido a partir da divisão do DC pela superfície corpórea (m^2).

O cateter de artéria pulmonar evoluiu ao longo do tempo e, a partir de cálculos matemáticos, transcendeu das variáveis hemodinâmicas e incorporou as variáveis oximétricas. Essas variáveis são calculadas a partir da obtenção de amostra de sangue dos lúmenes do cateter. E, desde 1981, são disponibilizadas quase que de forma contínua a partir de monitores especiais, dotados da capacidade da leitura de cateteres de artéria pulmonar providos de fibra óptica [5]. A oferta de oxigênio (DO^2) refere-se à quantidade de oxigênio ofertado aos tecidos ligados a hemoglobina. Trata-se do produto entre o DC e o conteúdo arterial de oxigênio (CaO_2). A DO_2 contrasta com a VO_2 que equivale ao consumo de oxigênio, decorrente de sua extração da hemoglobina por todas as células do corpo. O termo demanda de oxigênio relaciona-se ao consumo de oxigênio por um determinado órgão. A saturação venosa mista de oxigênio (SvO_2) reflete a habilidade da unidade cardiopulmonar em transportar a quantidade de oxigênio suficiente para atender as necessidades do corpo, posto que corresponde ao percentual de oxigênio retornado ao coração direito. Em condições fisiológicas, a DO_2 (oferta) equivale ao quádruplo da VO_2 (consumo), logo, a extração de oxigênio é de apenas um quarto da oferta (25%). De tal sorte que, se o corpo está demandando mais oxigênio por alguma razão, o sistema nervoso central (SNC) responde com o aumento da DO_2, contudo, mantém a relação 4:1 [6]. Por outro lado, se o balanço entre oferta e demanda de oxigênio cai para 2:1, e a SvO_2 menor que 35%, existe um indicativo que o metabolismo anaeróbico já está ocorrendo nos tecidos e sintomas de disfunção orgânica serão aparentes [7].

No que tange avaliação dos riscos, existem três categorias básicas de complicações relacionadas a monitorização hemodinâmica invasiva [8]: a) monitorização arterial pode ser complicada por trombose, embolia e infecção; b) monitorização da pressão venosa central pode causar pneumotórax, injúria arterial, infecção, trombose e embolia gasosa; c) cateterização de artéria pulmonar pode causar arritmias cardíacas, embolia, infarto pulmonar, hemorragia pulmonar e injúria cardíaca.

Em decorrência das complicações aludidas, as controvérsias relacionadas à monitorização hemodinâmica invasiva tornaram-se contemporâneas à sua adoção. O SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment) foi um estudo coorte prospectivo, publicado em 1996, que avaliou com subsídios matemáticos e estatísticos a associação entre o uso do CSG, durante as primeiras 24 horas de internação em UTI e subseqüente sobrevivência, tempo de internação, intensidade e custos do cuidado em 5735 pacientes críticos (2184 em uso do CSG), com 9 categorias de doenças que, foram admitidos em 15 UTI de 5 centros médicos. Os resultados apontaram que pacientes que receberam o CSG apresentaram um aumento da taxa de mortalidade, aumento do tempo de internação e aumento das despesas médicas [9]. Caso fossem analisados simplesmente os resultados, sem a preocupação com a metodologia, certamente não caberia a extensão da discussão acerca dos benefícios da monitorização invasiva, posto que estaria consensualmente proscrita. Entretanto, em decorrência dos diversos questionamentos metodológicos na condução do estudo [10], o debate continua.

Transcendendo as concepções maniqueístas e míticas acerca da temática em apreço, é saudável a busca de opções menos invasivas e dispendiosas no que tange a monitorização do paciente crítico. Na abordagem inicial a essa clientela, a pressão sangüínea, a freqüência cardíaca, o débito urinário e a pressão venosa central guiam os esforços de ressuscitação. Não obstante a normalização dessas variáveis, a hipóxia tecidual pode persistir e, está relacionada ao desenvolvimento de falência múltipla dos órgãos e aumento da mortalidade. O gerenciamento definitivo inclui a admissão em UTI, cateterização de artéria pulmonar (CSG) com vistas a utilização da SvO_2 e otimização hemodinâmica. Na ausência de, ou antes, do gerenciamento definitivo, a otimização hemodinâmica pode ser obtida pela mensuração da saturação venosa central de oxigênio ($ScvO_2$) com um substituto [11,12]. Nesse sentido, diversas iniciativas foram deflagradas, incluindo a validação do uso de uma técnica não-invasiva denominada espectroscopia infra-vermelha por oximetria cerebral como estimador da SvO2 coletada em artéria pulmonar e em veia cava superior [13].

Considerando que a SvO_2 descreve a relação entre oferta e demanda de oxigênio, ela varia diretamente com o débito cardíaco [6], hemoglobina e saturação venosa de oxigênio e, inversamente com o consumo de oxigênio. E que a $ScvO_2$ relaciona-se fortemente com a SvO_2. Seria razoável admitir que

o débito cardíaco relaciona-se diretamente com a SvO_2, posto que em uma situação hiperdinâmica como na sepse, qual seja, de alto débito e índice cardíaco, implica em menor tempo para extração de oxigênio, logo a saturação permanece alta. Por outro lado, em estados hipodinâmicos como no choque cardiogênico, qual seja, de baixo débito e baixo índice cardíaco, implica em maior tempo para extração de oxigênio, logo a saturação decresce. Residindo nesse pressuposto de linearidade entre o índice cardíaco (IC) e SvO_2 a razão desse estudo.

As variáveis hemodinâmicas e oximétricas, como tantas outras, são influenciadas por procedimentos realizados pela equipe de enfermagem como aquelas decorrentes do banho no leito. Em estudo quase-experimental, tipo antes e depois, publicado em 2002 [14], que objetivou demonstrar que o cuidado de enfermagem, representado pelo banho no leito no paciente crítico (TISS IV), não o desestabiliza do ponto-de-vista oxi-hemodinâmico, utilizando a SvO_2 como medida de efeito, foram coletados dados que, não compuseram o bojo daquele estudo. Dentre os quais, o índice cardíaco (IC) foi obtido de forma contínua ou seriada.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a relação entre IC e SvO_2 em pacientes críticos (TISS IV), durante o banho no leito realizado pela equipe de enfermagem.

Materiais e métodos

Desenho não-experimental correlacional [15]. A população acessível foi constituída por 10 (dez) pacientes críticos (TISS IV), internados na unidade de terapia intensiva de um hospital da rede privada no Município do Rio de Janeiro (RJ).

As variáveis correlacionadas foram o IC e a SvO_2, obtidas no decurso do banho no leito desses pacientes. Por se tratar de uma releitura de dados anteriormente coletados, entre 1999 e 2000, não-correlacionados e não-divulgados, os aspectos éticos relacionados à Resolução CNS 196/96 foram contemplados no trabalho original.

Os dados foram apresentados sob a forma de quadros demonstrativos, diagrama de dispersão e coeficiente de determinação (R^2). O R^2 é o quadrado do coeficiente de correlação de Pearson e trata-se de uma medida da proporção da variabilidade em uma variável que é explicada pela variabilidade da outra [16].

Resultados

A amostra constituiu-se majoritariamente por mulheres (n = 6), com idade maior que 65 anos. O tempo médio para realização do banho no leito foi 33 minutos. Os valores de IC e SvO_2 estão sumarizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Correlações entre IC e SvO2 de pacientes críticos (TISS IV) durante o banho no leito.

Paciente	A		B		C		D		E		F		G		H		I		J	
Minutos/ Variável	IC	SvO_2	IC	SvO_2	IC	SvO_2	IC	SvO_2	IC	SvO_2	IC	SvO_2	IC	SvO_2	IC	SvO_2	IC	SvO_2	IC	SvO_2
0	4,2	75	4,5	89	4,0	62	4,6	72	4,3	74	3,5	72	5,0	74	4,2	77	4,8	71	3,8	74
5					3,8	61	4,4	72					5,5	76	5,1	73	5,1	69		
10					3,7	60	3,6	70					5,3	75	3,9	73	4,0	67		
15	4,8	71	4,0	83	3,8	60	3,8	71	4,1	73	3,5	71	5,3	77	5,4	74	5,6	69	3,6	72
20					3,8	60	3,8	70					4,8	73	5,0	76	4,8	72		
25					3,5	58	3,9	71					5,7	76	5,0	75	4,9	70		
30					3,7	59	5,0	74							5,8	73	5,6	69		
35	4,4	74	3,9	82	3,8	60	4,8	74	3,5	72	2,7	68					4,7	67	3,9	76

Fonte: Hospital Privado do Município do Rio de Janeiro.

Os Gráficos de dispersão de 1 a 10 apresentam as supostas relações de linearidade.

A análise visual e dos coeficientes de determinação possibilita inferir que existe uma forte correlação linear positiva entre IC e SvO_2 em 80% das observações ($R^2 > 0,85$). A existência de comportamento atípico em somente um dos pacientes (A) que apresentou correlação linear negativa. Apenas um paciente apresentou correlação linear positiva fraca ($R^2 < 0,75$).

Gráfico 1 - Correlação entre IC e SVO_2 - Paciente A (n = 3).

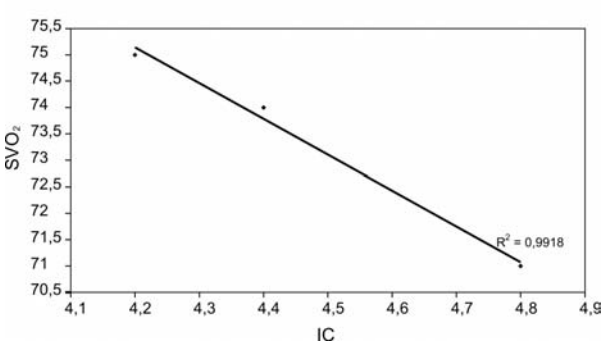


Gráfico 2 - Correlação entre IC e SvO_2 - Paciente B (n = 3).

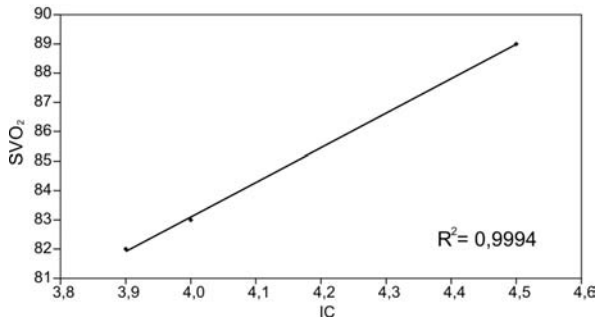


Gráfico 3 - Correlação entre IC e SvO_2 - Paciente C (n = 8).

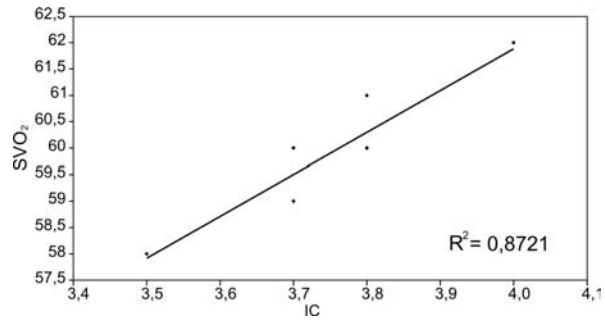


Gráfico 4 - Correlação entre IC e SvO_2 - Paciente D (n = 8).

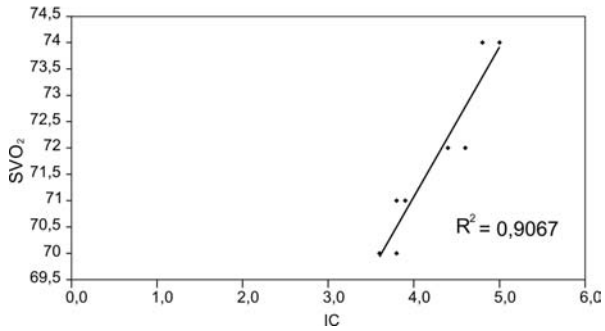


Gráfico 5 - Correlação entre IC e SvO_2 - Paciente E (n = 3).

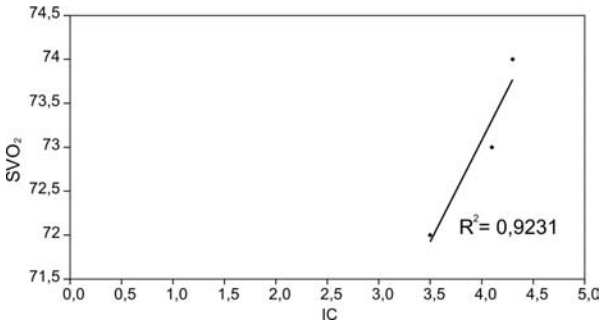


Gráfico 6 - Correlação entre IC e SvO_2 - Paciente F (n = 3).

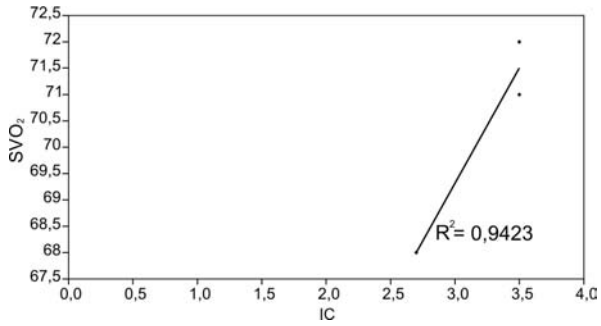


Gráfico 7 - Correlação entre IC e SvO_2 - Paciente G (n = 6).

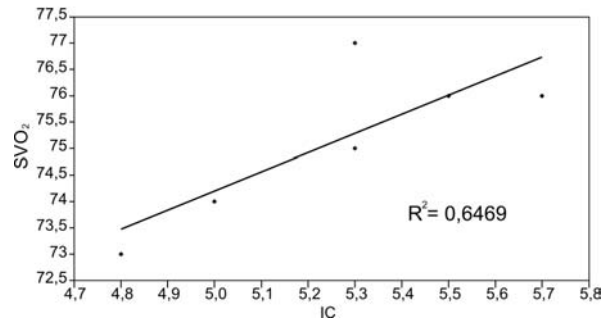


Gráfico 8 - Correlação entre IC e SvO_2 - Paciente H (n = 7).

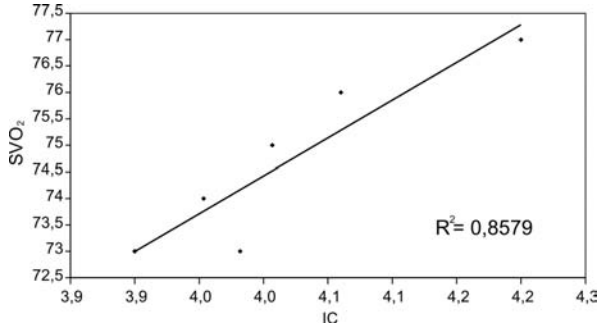


Gráfico 9 - Correlação entre IC e SvO2 - Paciente I (n = 8).

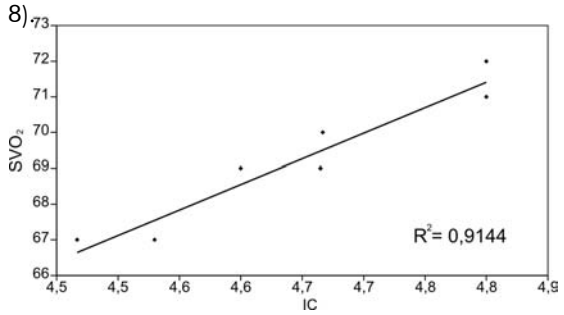
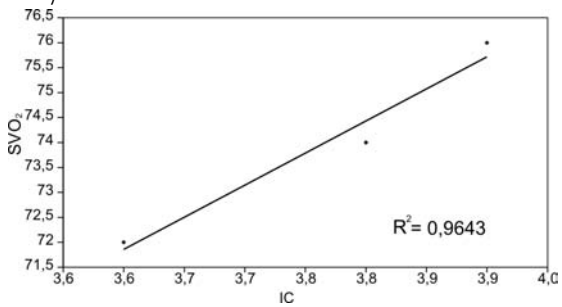


Gráfico 10 - Correlação entre IC e SvO2 - Paciente J (n = 3).



Conclusão

A conexão do enfermeiro com a tecnologia, realizando intervenções técnicas pode ser pensada e tratada com um evento que o qualifica [17]. A utilização dos recursos tecnológicos dentro do ambiente da terapia intensiva, concomitantemente ao desenvolver de técnicas fundamentais de enfermagem, tal como a do banho no leito constitui-se em um desafio contínuo para o enfermeiro intensivista. O pensamento crítico-reflexivo e a capacidade de julgar e agir determinam a qualidade da assistência. Por outro lado, o embasamento técnico-científico torna insustentável a adoção de técnicas empíricas nesse contexto do cuidar. A indicação e contra-indicação de procedimentos específicos de enfermagem são privativos do enfermeiro e, com a técnica do banho no leito, isso não é diferente.

O estudo demonstrou, nessa população específica, uma forte relação linear positiva entre uma variável hemodinâmica (IC) e outra oximétrica (SvO2). Definitivamente não se pretende aludir que representam um mesmo estado fisiológico, tampouco o significado isolado de cada uma. O objetivo e pressuposto foram confirmados com a análise dos resultados. Assim sendo, respeitando as diferenças já expostas, acreditamos que também o IC poderá ser utilizado como medida de efeito de diversos outros procedimentos de enfermagem e sobre as mais variáveis situações. Depõe a favor do IC o desenvolvimento recente de tecnologias não-invasivas para sua estimativa, fato que inexiste em se tratando da SvO_2.

Referências

1. Berthelsen PG, Cronqvist M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. Acta Anaesthesiol Scand 2003;47:1190-5.
2. Bantha HD, Luce BR. Health care technology and its assessment: an international perspective. London: Oxford University; 1993.
3. Panerai RB, Mohr JP. Health Technology Assessment methodologies for developing countries. Washington: PAHO; 1989.
4. Schramm Fermin Roland, Escosteguy Claudia Caminha. Bioethics and health care technology assessment. Cad Saúde Pública. [serial in the Internet]. 2000 Dec [cited 2006 Dec 17]; 16(4): 951-961. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000400014&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2000000400014
5. Darovic GO. Hemodynamic monitoring: invasive and noninvasive clinical application. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2002.
6. Fawcett JAD. Hemodynamic monitoring: made easy. London: Elsevier; 2006.
7. Criner GJ, Alonzo ED. Pulmonary pathophysiology. Philadelphia: Blackwell Science; 1999.
8. Murray IP. Complications of invasive monitoring. Med Instrum 1981;15(2):85-9.
9. Connors Junior AF, Speroff T, Dawson NV, Thomas C, Harrell Junior FE, Wagner D, et al. The effectiveness of right heart catheterization in the initial care of critically ill patients. JAMA 1996;27(11):889-97.
10. Tuman KJ, Roizen MF. Outcome assessment and pulmonary catheterizations: why does the debate continue? Anesth Analg 1997;84:1-4.
11. Rivers EP, Ander DS, Powell D. Central venous oxygen saturation monitoring in the critically ill patient. Curr Opin Crit Care 2001;7(3):204-11.
12. Ladakisa C, Myrianthefsa P, Karabinisb A, Karatzasb G, Dosiosb T, Fildissisa G, et al.. Central venous and mixed venous oxygen saturation in critically ill patients. Respiration 2001;68:279-85.
13. Tortoriello TA, Stayer SA, Mott AR, Mckenzie ED, Fraser CD, Andropoulos DB, Chang AC. A noninvasive estimation of mixed venous oxygen saturation using near-infrared spectroscopy by cerebral oximetry in pediatric cardiac surgery patients. Paediatr Anaesth 2005; 15:495–503.
14. Lima DVM, Nascimento MAL. Difundindo a visão científica do banho no leito: a utilização de um parâmetro oxi-hemodinâmico como medida de efeito de uma técnica de enfermagem. Enfermagem Brasil 2005;4(2):98-106.
15. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
16. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de bioestatística. São Paulo: Thomson; 2004.
17. Vargas MAO, Meyer DE. Re-significações do humano no contexto da "ciborguização": um olhar sobre as relações humano-máquina na terapia intensiva. Rev Esc Enfermagem USP 2005; 39(2):211-9.

Revisão

Assistência ventilatória neonatal com óxido nítrico

Janaina Fernandes Cerqueira Batista*, Adriana Teixeira Reis, M.Sc.**

**Especialista em Neonatologia pela Universidade Gama Filho, **Enfermeira, Professora Universidade Gama Filho, Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto*

Resumo

O início da respiração, após o nascimento, é uma das mais importantes adaptações do neonato à vida extra-uterina. Alguns bebês apresentam dificuldades nesta transição, sendo, por vezes, necessário o uso da ventilação mecânica. Hoje, a ventilação neonatal tem sido associada a outros métodos eficazes, dentre os quais destacamos o uso do óxido nítrico. Por ser uma terapia relativamente recente para Enfermagem Neonatal e devido à pequena quantidade de artigos escritos sobre esta temática, objetivamos realizar uma revisão bibliográfica, entre os anos de 2005 e 2006, a partir da consulta de artigos, livros especializados e sites sobre o uso desta associação terapêutica na assistência ventilatória do neonato, abordando suas principais particularidades e propondo itens importantes para a assistência de enfermagem ao neonato em uso desta terapia. A análise e escolha dos principais eventos respiratórios neonatais, descritos neste artigo, ocorreram a partir da experiência profissional das autoras e da revisão bibliográfica em questão.

Palavras-chave: ventilação mecânica, neonato, óxido nítrico, enfermagem neonatal.

Abstract

Neonatal ventilatory support with nitric oxide

The initiation of respiration after birth is one of the most important adaptations from fetus to neonate. Some babies show difficulties in this transition, sometimes being necessary the use of mechanical ventilation. Nowadays, neonatal ventilation has been associated to other working methods, amongst we highlight inhaled nitric oxide. Considering this method is still a relatively recent practice in neonatal nursing, with only a few published articles, the objective of this paper is to make a bibliographic review, from 2005 to 2006, in articles, specialized literature and internet sites about neonatal ventilatory support with nitric oxide describing its main features and the direct nursing care regarding this therapy modality. The selection and analysis of the described main neonatal respiratory events was based on the author's professional experience and the most frequently mentioned in the selected bibliography.

Key-words: mechanical ventilation, neonate, nitric oxide, neonatal nursing.

Artigo recebido em 27 de junho de 2006; aceito em 24 de janeiro de 2007.
Endereço para correspondência: Janaina Fernandes Cerqueira Batista, E-mail: jana.batista@gmail.com, Tel: (021)8101 8001.

Resumen

Asistencia ventilatoria neonatal con óxido nítrico

El inicio de la respiración después del nacimiento es una de las más importantes adopciones del neonato a la vida extrauterina. Algunos bebés presentan dificultades en esta transición, siendo, a veces, necesario el uso de la ventilación mecánica. Hoy día, la ventilación neonatal ha sido asociada a otros métodos eficaces, entre los cuales destacamos la inhalación de óxido nítrico. Por ser una terapia relativamente reciente para la enfermería neonatal y debido a pequeña cantidad de artículos escritos sobre esta temática, objetivamos realizar una revisión bibliográfica, entre los años de 2005 y 2006, a partir de una consulta de artículos, libros especializados y *sites* sobre el uso de esta asociación terapéutica en la asistencia ventilatoria del neonato, abordando sus principales particularidades e proponiendo referencias importantes para la asistencia de enfermería al neonato en uso de esta terapia. El análisis y elección de los principales eventos respiratorios neonatales, descritos en este artículo, ocurrieron a partir de la experiencia profesional de las autoras y de la revisión bibliográfica en cuestión.

Palabras-clave: ventilación mecánica, neonato, óxido nítrico, enfermería neonatal.

Introdução

Ao nascer, os pulmões dos neonatos precisam assumir a função de suprir de oxigênio os órgãos e tecidos corporais, realizada pela placenta durante sua vida uterina. Contudo, algumas intercorrências e condições podem dificultar o início da respiração. Para certos casos, o tratamento poderá incluir a assistência ventilatória mecânica e o uso de óxido nítrico (ON) [1].

A respiração é uma das mais importantes adaptações do neonato à vida extra-uterina. Ela é iniciada através de estímulos mecânicos (compressão, manuseio, troca de temperatura) e estímulos químicos (quimiorreceptores carotidianos e centrais). A manutenção é dada pela integridade do SNC, pelo funcionamento da musculatura torácica, vias aéreas permeáveis, rede capilar íntegra, suprimento de oxigênio, alvéolos distendidos e funcionamento cardiovascular perfeito [2].

O uso de modalidades terapêuticas para o tratamento de distúrbios respiratórios no neonato provém de disfunções respiratórias, que levam a alterações dos gases sangüíneos arteriais.

Em virtude disso, a Neonatologia vem tentando desenvolver, nos últimos anos, respiradores cada vez mais sofisticados com o intuito de melhorar as técnicas de ventilação pulmonar em neonatos.

Os recém-nascidos apresentam condições especiais com relação às crianças maiores, devido ao seu metabolismo elevado, uma superfície corpórea maior em relação ao peso e um diâmetro pequeno das vias aéreas. Além disso, ainda podemos relacionar um volume corrente maior, uma freqüência respiratória bem mais alta e uma complacência pulmonar menor se comparada a indivíduos de outras faixas etárias [3].

A necessidade de terapias ventilatórias específicas para esta clientela requer um maior aprofundamento do assunto para as categorias profissionais que prestam assistência direta ao neonato, dentre elas, a enfermagem.

A descoberta do ON, como um vasodilatador pulmonar específico, representou o maior avanço no tratamento da hipertensão pulmonar persistente do neonato desde a descrição da síndrome em 1969 [4]. O ON, um gás de radical livre, mostrou ser uma molécula de sinalização celular endógena de grande importância fisiológica e de grandes possibilidades de utilização terapêutica [5].

Diante do exposto, esta pesquisa tem como objetivos:

- realizar um estudo bibliográfico sobre o uso deste gás na ventilação mecânica de neonatos;
- descrever dos principais distúrbios que levam ao seu uso e
- propor uma assistência de enfermagem direcionada ao neonato que esteja em uso desta modalidade terapêutica.

Consideramos fundamental, para a enfermagem neonatal, conhecer e se atualizar frente ao uso desta nova modalidade terapêutica. A produção de materiais científicos acerca desta temática visa contribuir para um maior conhecimento da Enfermagem Neonatal, ao mesmo tempo que serve como troca de experiência e reflexão da prática profissional.

Ventilação mecânica em neonatologia

A ventilação mecânica representa um procedimento de suporte invasivo que exerce múltiplos

efeitos sobre o sistema cardiopulmonar. O objetivo é otimizar as trocas gasosas e diminuir o esforço respiratório, melhorando as condições clínicas [6].

Com o avanço nos tipos de ventiladores e microprocessadores, a ventilação mecânica no período neonatal está ficando cada vez mais precisa e eficiente.

Nos neonatos, o sistema de ventilação mecânica mais utilizado são os ciclados a tempo e os aparelhos limitados à pressão, os quais permitem a geração de fluxo contínuo para o paciente que possui respiração espontânea. Atualmente, estão sendo incorporados a estes sistemas o fluxo de demanda e o sistema sincronizado de fluxo. No sistema fluxo de demanda, um fluxo mecânico é selecionado e um fluxo baixo é mantido entre as freqüências mecânicas. Se, no momento da inspiração espontânea, houver necessidade de suprir mais fluxo, ocorre então a complementação com o fluxo de demanda [7].

Principais perturbações respiratórias

Os distúrbios pulmonares constituem importante causa de morbi-mortalidade no período neonatal. Porém, com o avanço das técnicas de terapia intensiva, observam-se melhores resultados no tratamento das doenças e melhor evolução clínica dos neonatos.

Durante o desenvolvimento do aparelho respiratório, existem estágios que compreendem alterações distintas na organização tecidual e diferenciações importantes para o crescimento subseqüente e maturidade pulmonar. As anomalias ao nascer ou a prematuridade podem gerar patologias como, por exemplo, a síndrome da angústia respiratória [8].

O sistema respiratório inferior começa a desenvolver-se em torno da quarta semana de gestação e são quatro períodos que dividem a formação dos pulmões: o período pseudoglandular (da 5 à 17 semana), quando são formados os brônquios e os bronquíolos terminais; o período canalicular (da 16 à 25 semana), quando a luz dos brônquios e dos bronquíolos terminais se alarga e desenvolvem-se os bronquíolos respiratórios e os ductos alveolares; o período do saco terminal (da 24 semana ao nascimento), quando os ductos alveolares dão origem aos sacos terminais (alvéolos primitivos); e o período alveolar, o qual consiste no estágio final do desenvolvimento pulmonar, ocorrendo a partir do período fetal terminal até os 8 anos de idade. Cerca de 95% dos alvéolos se formam na vida pós-natal [9].

O sistema respiratório desenvolve-se de modo a ser capaz de funcionar imediatamente após o nascimento. Para isso, os pulmões têm que adquirir uma membrana alveolocapilar que seja suficientemente delgada, para permitir a troca gasosa, e tem que estar presente uma quantidade adequada de surfactante nos alvéolos. Produzido pelas células alveolares ou pneumócitos, do tipo II, o surfactante forma uma película monomolecular sobre as paredes internas dos sacos terminais, reduzindo a tensão superficial na interface ar-alvéolo, o que facilita sua expansão. Sua produção inicia com 20 semanas e aumenta durante os estágios terminais da gestação, principalmente durante as 2 últimas semanas do nascimento [9].

Os fetos nascidos prematuramente com 24 a 26 semanas podem apresentar dificuldade respiratória causada pela deficiência de surfactante. Neste contexto, listamos, a seguir, algumas das principais complicações respiratórias, cujo tratamento pode incluir aplicações clínicas do ON inalatório.

Hipertensão pulmonar persistente (HPP)

Segundo Tamez [7], a hipertensão pulmonar persistente:

"Ocorre em recém-nascidos com resistência vascular pulmonar (RVP) elevada, levando ao desenvolvimento de persistência do padrão fetal de circulação. Devido à pressão arterial pulmonar elevada, ocorre um grande desvio de sangue da direita para a esquerda do coração via forame oval e ducto arterioso, resultando assim numa diminuição do fluxo sanguíneo pulmonar e hipoxemia grave."

É uma patologia de evolução rápida, que cursa com elevada mortalidade e que pode ser causada por síndrome de aspiração de mecônio, síndrome do desconforto respiratório, asfixia, choque e infecção [10].

Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) do RN

Enquanto esta patologia caracteriza, no adulto, uma conseqüência a uma injúria pulmonar difusa, no neonato é causada por uma deficiência primária. Em ambas situações é encontrada a deficiência de surfactante.

A SARA não é uma simples doença, mas a manifestação comum de diversas agressões que lesam o pulmão, caracterizando uma inflamação do

parênquima pulmonar, aumento da permeabilidade da unidade alvéolo-capilar, resultando em severa hipoxemia e infiltrado intersticial difuso.

O edema rico em proteínas, não sendo reabsorvido, organiza-se dentro dos alvéolos. A proliferação dos pneumócitos, fibroblastos, leucócitos e líquido de edema aumenta o volume intersticial e do septo alveolar, destruindo a arquitetura acinar original [11].

De acordo com Fioretto [10], na SARA:

há diminuição da complacência pulmonar, desequilíbrio da relação V/Q (shunt intrapulmonar) e hipoxemia refratária à administração de oxigênio. Além disso, existe aumento da RVP produzido por uma combinação complexa de lesão pulmonar primária, devido a resposta inflamatória, e de complicações do tratamento, principalmente a lesão pulmonar induzida pela ventilação mecânica.

Síndrome de aspiração de mecônio

O líquido amniótico tinto de mecônio deve ser considerado um sinal de sofrimento fetal para lactentes nascidos em todas as apresentações. Sua presença sugere asfixia, hipóxica e acidose in útero e sua aspiração um risco adicional. Os neonatos acometidos demonstram uma alta incidência de pneumonia e pneumotórax [12].

À medida que o mecônio obstrui os brônquios e os bronquíolos, cria um efeito valvular, em que o ar pode entrar, mas não sair, já que o mecônio atua como uma bola obstruindo o saco alveolar. Os alvéolos tornam-se superdistentidos, podendo desenvolver hipertensão pulmonar [1].

Doença da membrana hialina

Segundo Tamez [7], esta patologia é caracterizada pela deficiência de surfactante, levando ao colapso dos alvéolos. A incidência é maior entre os recém-nascidos prematuros com menos de 32 semanas. O fato de os pulmões estarem anatômica e fisiologicamente imaturos reduz a ventilação e a oxigenação fica deficiente.

A insuficiência de surfactante causa colapso alveolar, diminuindo o volume e a complacência pulmonar. A atelectasia resultante causa hipóxia e acidose, que, por sua vez levam ao metabolismo anaeróbio. À medida que o ácido láctico se acumula nos tecidos corporais, a contratilidade miocárdica diminui, comprometendo o débito cardíaco e a pressão arterial. A perfusão dos órgãos diminui e eventualmente, ocorre falência respiratória [1].

Uso do óxido nítrico

Metabolismo e efeitos fisiológicos

O ON endógeno é produzido a partir do aminoácido L-arginina por uma família de enzimas chamadas de sintases do ON. Este é, hoje, conhecido como um novo mensageiro celular, implicando em grande variedade de eventos fisiopatológicos e em numerosos tipos e processos celulares, incluindo os sistemas nervoso, imune e cardiovascular [10].

Na vasculatura, o ON produzido pelas células endoteliais é um determinante primário do tônus vascular em repouso pela liberação basal e causa vasodilatação, quando sintetizado em resposta ao estresse de cisalhamento e a uma variedade de vasodilatadores. Ele também desempenha um papel ativo na inibição da agregação e da adesão plaquetária.

No sistema imune, o ON serve como importante efetor da citotoxidade induzida por macrófagos e sua superprodução é um importante mediador dos estados inflamatórios.

Nos neurônios, o ON serve a múltiplas funções, agindo como um mediador de potencialização de longo prazo, de citotoxidade mediada por N-metil-D-aspartato (NMDA) e como mediador de neurotransmissão não-colinérgica não-adrenérgica [5].

Os altos níveis de ON são continuamente produzidos nas vias aéreas e são inalados a cada inspiração. O ON produzido pelos pulmões mantém a pressão da artéria pulmonar (PAP) baixa no repouso e durante o exercício, controla a distribuição do fluxo sanguíneo pulmonar, opõe-se à vasoconstrição hipóxica pulmonar e regula a resposta pulmonar a vasoconstrictores endógenos e exógenos. O ON liberado pelos nervos pode controlar o tono broncomotor, enquanto que o liberado pelo epitélio brônquico pode diminuir a formação de edema submucoso [10].

Uso terapêutico do óxido nítrico em neonatologia

O ON já está sendo utilizado para tratamento dos pacientes neonatais. Sua administração é feita através de um pequeno aparelho anexado ao ventilador mecânico [7].

A inalação do gás ON recebeu considerável atenção terapêutica devido a sua capacidade de

dilatar seletivamente a vasculatura pulmonar com efeitos sistêmicos mínimos. A ausência de efeito do ON inalado na circulação sistêmica é provocada por sua ligação forte e inativação pela oxiemoglobina na exposição à circulação pulmonar [5].

Uma vez absorvido, o ON combina-se predominantemente com a hemoglobina saturada de oxigênio e é rapidamente inativado, produzindo metemoglobina e nitrato. Isso faz com que seu efeito vasodilatador fique restrito à vasculatura pulmonar e não haja efeitos sistêmicos [10].

A relação ventilação-perfusão é preservada ou melhorada pelo ON, porque o ON inalado se distribui apenas para áreas ventiladas do pulmão e dilata apenas aqueles vasos diretamente adjacentes aos alvéolos ventilados. Assim, o ON inalado diminui a pressão arterial pulmonar elevada e a resistência vascular pulmonar e freqüentemente melhora a oxigenação [10].

Um dos problemas com a administração tem sido em relação à alteração na função das plaquetas. O ON é um inibidor potente da agregação e da adesão plaquetária, aumentando os riscos de sangramento durante o seu uso [7].

Ainda existem outros problemas, como a formação de NO_2, metemoglobinemia e o efeito rebote [10].

Assistência de enfermagem ao neonato em uso de ventilação mecânica associada ao óxido nítrico

A assistência de enfermagem deve incluir cuidados com relação ao ambiente, ao ventilador mecânico e seus circuitos, aos materiais a serem utilizados durante o tratamento, incluindo as medicações, e ao neonato em questão. O acompanhamento do neonato em uso de prótese ventilatória, envolve ainda outras questões como biossegurança e registro das atividades prestadas, assim como as intercorrências.

De acordo com o objetivo deste trabalho, a seguir serão enumerados alguns cuidados de enfermagem a serem prestados ao neonato, em uso de óxido nítrico.

- monitorizar sinais vitais, pelo menos, de 3/3 horas;
- minimizar a manipulação;
- realizar cuidados e procedimentos em bloco;
- fazer balanço hídrico rigoroso;
- manter a criança aquecida;
- atentar para sinais de hipóxia;
- manter a criança hidratada;
- manter circuito do óxido nítrico a 30 cm de distância da conexão do tubo endotraqueal;
- verificar e registrar regularmente a dose de óxido nítrico oferecida;
- utilizar sistema de aspiração fechado no bebê que está em uso de ON, a fim de evitar seus efeitos tóxicos ambientais, prevenindo seqüelas profissionais como cefaléia, náuseas e vômitos. Essa sintomatologia ocorre devido ao seu alto poder vasodilatador;
- atentar para a condensação no circuito do respirador;
- retirar a água acumulada do circuito;
- atentar para a troca do cilindro, que deve ser observada pela equipe e sinalizada ao serviço de gasoterapia, evitando a interrupção da terapêutica;
- deve-se evitar qualquer escape do gás. Orientar a equipe com relação à manipulação do equipamento, assim como os efeitos nocivos ao organismo;
- observar e registrar coloração da pele (sinais de metemoglobinemia, onde a pele apresenta-se constantemente com coloração azulada);
- observar eventuais ocorrências de sangramentos, petéquias ou distúrbios de perfusão;
- estimular e facilitar a relação neonato-família durante a internação, vinculando-se aos pais;
- permitir aos familiares que expressem suas dúvidas e receios;
- orientar à família quanto ao tratamento prescrito e o estado de saúde do neonato.

Conclusão

O uso do óxido nítrico na assistência ventilatória de neonatos ainda é uma prática recente na Neonatologia, que apresenta efeitos terapêuticos cientificamente comprovados. Entretanto, pode apresentar efeitos adversos não apenas para o cliente que utiliza a terapêutica, mas para os profissionais que atuam na assistência direta ao neonato. Por ser um tema ainda pouco explorado na Enfermagem, os profissionais que lidam diretamente com estes pacientes podem apresentar dúvidas. Por esse motivo, conhecer esta modalidade terapêutica torna a prática da Enfermagem Neonatal mais segura para os pacientes e equipe. O enfermeiro precisa ter habilidade técnica e conhecimento acerca da terapia com ON, em que podemos destacar o preparo do material a ser utilizado, a instalação ou sua supervisão, a correta

utilização do equipamento, o acompanhamento do neonato e a orientação aos pais e equipe de enfermagem sobre esta terapia. Devemos considerar ainda que a Enfermagem é uma profissão que necessita de reciclagem constante [19], com o propósito de incorporar esta e outras novas tecnologias que podem vir a surgir, para proporcionar uma melhor atuação prática junto ao neonato e suas famílias.

Referências

1. Kenner C. Enfermagem neonatal. 2a. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 1998. p.162-226.
2. Figueiredo I. Princípios de neonatologia. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1984. p. 107-111.
3. Viegas D, Moraes RV. Neonatologia para o estudante de pediatria e de enfermagem pediátrica. São Paulo: Atheneu; 1997.
4. Kopelman B, Miyoshi M, Guinsburg R. Distúrbios respiratório no período neonatal. São Paulo: Atheneu; 1998. p.378-525.
5. Gilman AG, Hardman JG. As bases farmacológicas da terapêutica. 10a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2003. p. 299-300.
6. Júnior CA, Amaral G. Assistência ventilatória mecânica. São Paulo: Atheneu; 1998. p.703-707.
7. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao recém-nascido de alto risco. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
8. Sadler TW. Langman: Embriologia clínica. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.230-235.
9. Moore KL, Persaud TVN. Embriologia clínica. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.252-258.
10. Fioretto JR. Uso do óxido nítrico em pediatria. J Pediatr (Rio de J) 2003;79:1-10.
11. Piva JP, Garcia PCR. Medicina intensiva em pediatria. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
12. Miura E, Procianoy RS. Neonatologia, princípios e prática. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.158-60.
13. Gurgueira GL, Carvalho WB. Óxido nítrico inalatório: considerações sobre sua aplicação clínica. J Pneumol 2003; 29:1-12.
14. Dusse LMS, Vieira LM, Carvalho MG. Revisão sobre óxido nítrico. J Bras Patol Med Lab 2003;39:1-14.
15. Santiago CM, Fernandes CH, Nogueira MS, Veiga EV, Cárnio EC. Utilização do óxido nítrico como terapêutica: implicações para a enfermagem. Revista Latinoam Enfermagem 2000;8:1-12.
16. Kulik TJ, Lock JE. Pulmonary vasodilator therapy in persistent pulmonary hypertension of the newborn. Clin Perinatol 1984;11:693-702.
17. Roberts JD, Poloner DM, Lang P, Zapol WM. Inhaled nitric oxide in persistent pulmonary hypertension of the newborn. Lancet 1992;340: 818-9.
18. Rotta AT, Kunrath CB, Wiryawan B. O manejo da síndrome do desconforto respiratório agudo. J Pediatr (Rio de J) 2003;79:1-21.
19. Lisboa MC, Hammerschmidt KSA, Lima RS. Orientação para equipe de enfermagem em relação ao cuidado do paciente. Enfermagem Brasil 2006;5(4)213-218.

Revisão

O impacto da lei 775 na formação profissional da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (1950 - 1956)

Bernardo Assis Monteiro*, Wellington Mendonça de Amorim**

**Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UniRio, Bolsista de Iniciação Científica do Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem (Laphe), **Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UniRio, Membro do Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem (Laphe) da EEAP/UniRio e do Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras) da EEAN/UFRJ*

Classificado em 1º. Lugar do premio Escola de Enfermagem Alfredo Pinto no 58. Congresso Brasileiro de Enfermagem

Resumo

O objeto desta pesquisa é o impacto na formação profissional da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto frente às exigências da legislação do ensino de enfermagem no Brasil (1950-1956). Estudo de natureza histórico-social, utilizando a análise documental. Fontes: Arquivo Setorial Enfª Maria de Castro Pamphiro da EEAP/UniRio e o Centro de Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz). Para coleta e análise dos dados, foi elaborado um instrumento de coleta de dados baseado na grade curricular da lei. *Resultados:* A EEAP mostrou estar preparada para a chegada da nova lei, valeu-se de estratégias e alianças para atender às suas exigências, para tanto, teve o apoio da Escola Anna Nery que prestou importante auxílio nesse período de adaptação.

Palavras-chave: história da enfermagem, educação, escola de enfermagem.

Abstract

The impact of law 775 in the professional formation of the Alfredo Pinto nursing school (1950 - 1956)

The object of this research is the impact in the professional formation of the Alfredo Pinto Nursing School facing requirements legislation of nursing education in Brazil (1950-1956). It's a social-historical study, using documental analysis. Sources: Sectorial Archive Enfª Maria de Castro Pamphiro of the EEAP/UniRio and Documentation of Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz). For data collection and analysis, it was elaborated an instrument of data collection according to the legislation. *Results:* The EEAP

Recebido 19 de julho de 2006; aceito 15 de janeiro de 2007
Endereço para correspondência: Bernardo Assis Monteiro, Rua Assis Bueno, 28/301 Botafogo 22280-080 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 8886 8441, Email: bassis21@hotmail.com

showed to be prepared for the arrival of the new law, used strategies and alliances to take care of its requirements, therefore, had Anna Nery School support is which gave important aid in this period of adaptation.

Key-words: history of nursing, education, nursing school.

Resumen

El impacto de la ley 775 en la formación profesional de la escuela de enfermería Alfredo Pinto (1950 - 1956)

El objeto de esta investigación es el impacto en la formación profesional de la Escuela Alfredo Pinto ante a los requisitos de la enseñanza de enfermeria en Brasil (1950-1956). Estudio histórico social, usando el análisis documental. Fuentes: Archivo Sectorial Enfª Maria de Castro Pamphiro de la EEAP/UniRio y el Centro de Documentación de la Casa Oswaldo Cruz (Fiocruz). Para la colección y el análisis de los datos, un instrumento de colecta de datos fue elaborado de acuerdo con la legislación. *Resultados:* El EEAP demostró estar preparado para la llegada de la nueva ley, estrategias y alianzas fueron utilizadas para atender sus requisitos, para ese objetivo tuvo apoyo de la escuela Anna Nery que dió importante ayuda en este período de adaptación.

Palabras-clave: historia de la enfermería, educación, escuela de enfermería.

Introdução

O objeto desta pesquisa é o impacto na formação profissional da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto frente às exigências da legislação do ensino de enfermagem no Brasil, tendo como recorte temporal o ano de 1950, que demarcou a entrada da 1ª turma de enfermagem da EEAP sob a vigência da lei nº 775/49 [1] e do decreto nº 27.426 [2] ambos relativos à regulamentação do ensino de enfermagem no Brasil, até o ano de 1956, com a lei nº 2.995/56 [3], que prorrogava o prazo que restringia as exigências para instrução de matrícula aos cursos de enfermagem.

No Brasil, importantes eventos ocorreram para o desenvolvimento da enfermagem durante o pós-guerra imediato, no governo Dutra (1946-1951), período em que foi promulgada a Lei nº 775 de Agosto de 1949 que regulamentou o ensino de enfermagem e do Decreto nº 27426 de novembro de 1949, que aprovou o regulamento básico para os cursos de enfermagem, os quais se incluíam os currículos a serem implantados para formação de enfermeiros e de auxiliares de enfermagem.

No ano de 1949, o País vivia o fim do governo do General Eurico Gaspar Dutra, eleito em 1946 após quase nove anos de Estado Novo. Uma nova constituição foi elaborada em seu governo, onde prevaleceram as características liberais com sentido conservador: manutenção da república federativa presidencialista. Foi restabelecida a democracia através do voto secreto e universal para maiores de 18 anos, excetuando-se soldados, cabos e analfabetos e divisão do Estado em três poderes [4].

Em 1950, Vargas voltou à cena política brasileira ganhando as eleições. De volta à presidência, ele lutou para reforçar, ainda mais, o papel do Estado na área econômica, com o apoio popular, criou empresas estatais e monopolistas, que atuavam na área de infra-estrutura: petróleo, eletricidade e siderurgia [5]. Após o suicídio de Vargas, em 1954, foi eleito Juscelino Kubitschek, que logo de cara teve de enfrentar uma ameaça de golpe militar, mas conseguiu consolidar as empresas criadas por Vargas e ainda implantou um novo modelo de desenvolvimento sobre a base industrial estatal instalada.

No espaço social da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, na gestão da primeira diretora enfermeira, Maria de Castro Pamphiro (1943-1956), até o ano de 1948 importantes lutas foram travadas para a equiparação desta à Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade do Brasil. Dentre elas, a adequação da formação de enfermeiros da EEAP aos moldes da enfermagem moderna, o aumento da qualidade e das condições de ensino, através de adaptações dos conteúdos curriculares específicos e técnicas de enfermagem exigidas na formação do enfermeiro naquela época. A partir do fim de 1949, a Escola passou a ter, como missão, atender as exigências da lei de ensino da enfermagem (775/49) no Brasil.

Desse modo, diante das importantes reformas ocorridas na normatização do ensino de enfermagem no Brasil, foram suscitados os seguintes questionamentos:

- que estratégias a direção da EEAP adotou, frente à nova padronização do ensino de enfermagem, estabelecida com a regulamentação da lei nº 775/49 e Decreto nº 27.426/49, para que a formação profissional desta Escola mantivesse até então o padrão por ela conquistado?;
- quais foram às adaptações adotadas no currículo da EEAP a partir do ano de 1950 a fim de atender aos novos requisitos da regulamentação do ensino de enfermagem no País?

Para atender essas questões, foram formulados os seguintes objetivos:

- identificar as circunstâncias da lei 775/49 que regulamentou o ensino de enfermagem no Brasil;
- analisar as estratégias adotadas pela direção da EEAP para a formação profissional frente à ótica da nova padronização do ensino de enfermagem no país.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo de natureza histórico-social, utilizando a análise documental. Esta abordagem prioriza a experiência humana e os processos de diferenciação e individualização dos comportamentos e identidades coletivas na explicação histórica [6]. Nesta proposta metodológica adotamos a noção de que os documentos são portadores de um discurso, e assim considerados, não são vistos como fatos e fenômenos transparentes [7]. Dessa forma, é necessário ter uma postura crítica diante dele, pois o documento não é um fato isolado, é a resultante de várias situações próprias.

A História, como ciência social, está ancorada no coletivo. Logo, o fato histórico é, antes de tudo, coletivo na medida em que a história não examina fatos individuais isolados, mas encadeamentos e relações de fatos [8].

Os acervos documentais utilizados foram: o Arquivo Setorial Enfª Maria de Castro Pamphiro da EEAP/UNIRIO e o Centro de Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). As fontes primárias utilizadas foram fichas contendo as informações pessoais e o histórico escolar dos alunos matriculados no período de 1950 a 1956; relatórios dos anos de 1950 a 1956 elaborados pela diretora da EEAP, lei 775 e decreto 27.426 ambos de 1949 que dispõem sobre o ensino de enfermagem no país. As fontes secundárias referiram-se aos seguintes temas relativos à pesquisa: História do Brasil, Política de Educação e Saúde, História da Enfermagem Brasileira, especificamente da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Esta pesquisa desenvolveu-se no período de agosto de 2005 a julho de 2006.

A coleta de dados foi realizada através de duas atividades complementares e concomitantes: a prática documental realizada através do contato com os acervos documentais e a atividade de contato com a produção teórica historiográfica referente ao tema geral da pesquisa [8]. Para a operacionalização da coleta e análise dos dados encontrados, foi elaborado um instrumento de coleta de dados baseado na grade curricular da lei 775 e da existência das matérias no currículo da EEAP no período de 1950 a 1956.

Em relação ao aspecto ético da pesquisa, a busca baseou-se nas fichas dos alunos da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto dos anos de 1950 a 1956, sendo levantadas essas apenas em nível de coleta de dados, sem utilizar nomes ou endereços dos pesquisados, apenas dados sobre o currículo escolar. Os relatórios pesquisados são documentos referentes à Escola encontrados no arquivo Enfª Maria de Castro Pamphiro da EEAP/UNIRIO, sendo esses de livre acesso à visitação pública.

Resultados e discussão

As circunstâncias da legislação do ensino de enfermagem em meados do século XX

A primeira tentativa de organização do ensino de enfermagem no Brasil começa com a fundação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras em 1890, dirigida por médicos alienistas, era anexa ao Hospício Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro. A escola foi criada com o objetivo de preparar enfermeiros e enfermeiras para o trabalho com doentes mentais em hospícios, hospitais civis e militares. Por se situar inteiramente no campo da psiquiatria, as reformas exercidas na Escola, em diferentes momentos históricos, foram sempre de encontro ao interesse dos psiquiatras.

Quanto à organização do currículo da escola, era assim definido:

> *O curso, além de noções de disciplinas médicas aplicadas em âmbito hospitalar, ministrava conhecimentos de administração e de*

> *escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias. Foi aberto a candidatos que soubessem ler e escrever corretamente e que conhecessem aritmética elementar. O curso poderia ser feito em dois anos, no mínimo, sob a direção de internos e inspetores, sob a fiscalização do médico [9].*

Em 1920, com a reorganização da saúde pública no Rio de Janeiro, o Departamento Nacional de Saúde Pública, na gestão de Carlos Chagas, iniciou o projeto de criação de uma escola de enfermagem nos moldes modernos. "Sentiu-se a necessidade de uma pessoa especializada que continuasse, no lar, o trabalho de educação sanitária iniciado pelos médicos nos ambulatórios" [10]. Com o apoio da Fundação Rockefeller e pautado no modelo norte-americano, enfermeiras americanas foram enviadas ao Brasil para iniciar os preparativos da criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública e organização do trabalho no Hospital Geral de Assistência, ambos do DNSP. Esta Escola começou a funcionar em 1923.

A partir da década de 30, o ensino de enfermagem foi regido pelo decreto 20.109/31 [11] que estabeleceu a Escola Anna Nery, como escola padrão do Brasil, ou seja, todas as escolas de enfermeiras que viessem a ser criadas no território nacional, deveriam ser equiparadas nos moldes desta Escola. Nesse período a Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto era considerada uma Escola oficial, contudo ainda não atendia as exigências da lei do exercício da enfermagem.

Após o Estado Novo de Vargas, no governo Dutra, que se caracterizou pela redemocratização do país e pela eleição da Assembléia Constituinte, a sociedade brasileira passou por um período de transição para o modelo industrial. Houve a necessidade da recuperação da força de trabalho dos assalariados urbanos, dando impulso para ampliação e diversificação do parque hospitalar, fazendo crescer a necessidade de enfermeiras para a assistência hospitalar [12].

Em 1946, com a promulgação da nova constituição, ficou claro, no tocante a educação, que cada vez mais a escola deveria ter independência acerca de qualquer fator seja ele de classe, credo ou político. O ensino público primário de cinco anos foi mantido, contribuindo para a diminuição dos altos índices de analfabetismo observados no País nesse período, quanto ao ensino secundário, foi dividido em dois ciclos, ginasial e colegial [13].

Em relação à enfermagem especificamente, ficou evidente a necessidade de modificações na formação e na prática. Exigiam-se cada vez mais profissionais de alto padrão aptos a incorporação dos novos modelos tecnológicos de assistência. Porém sérios problemas de déficit pessoal já impediam o avanço dessa condição:

> *... a escassez de pessoal de enfermagem tornava-se crítica ao se tornar conhecida a precariedade da saúde pública fora da capital da república. Havia no país cerca de 2633 enfermeiras diplomadas, número irrisório em relação à necessidade brasileira [13].*

Os poucos enfermeiros, que se formavam até então não iam para o cuidado hospitalar, eram rapidamente absorvidos nos serviços de direção e ensino das escolas de enfermagem, na administração de serviços de enfermagem em hospitais e departamentos de saúde pública. Ainda havia uma carência imensa de profissionais para o trabalho assistencial, não só na capital, como principalmente no resto do país. Para solução desse problema duas possibilidades foram cogitadas: criar mais escolas de enfermagem pelo país ou preparar enfermeiras em um curto prazo, reduzindo carga horária e duração do curso para rapidamente atender a demanda nacional [13].

Haviam duas correntes de pensamento dentro da enfermagem, até então: uma preocupada com os ganhos já conseguidos pela enfermagem, e com os perigos subseqüentes da criação da classe de auxiliares, atentando para os riscos dos postos de enfermeiras serem tomados por auxiliares que teriam formação mais rápida. Outra idéia era que uma redução no currículo acadêmico não seria possível, já que traria detrimento na qualidade de formação profissional até então oferecido.

> *O fato é que havia uma premência em providenciar a preparação urgente de pessoal para trabalhar na enfermagem e as enfermeiras não abriam mão do espaço que já haviam ocupado. Isto porque não se podia negar a enorme quantidade de pessoas leigas que atuavam tantos nos hospitais como nos serviços de saúde pública locais e a variação de denominações que possuíam, mas que "são todos conhecidos do público como enfermeiros" [13].*

Diante desse quadro de déficit de mão de obra para o trabalho assistencial, insatisfação com a estrutura de formação vigente no território nacional e a questão da equiparação das demais escolas de enfermagem do país à escola padrão Anna Nery, as enfermeiras diplomadas decidiram propor a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), a constituir em 1948, uma comissão para elaborar o projeto de nova regulamentação para o ensino de enfermagem, sendo encaminhado, ainda nesse ano, o projeto de lei nº 98/48, que resultou na Lei 775/49, sancionada em 06 de agosto de 1949 [12]. A Lei garantia, assim, a inserção definitiva da enfermagem dentro do campo universitário, e resolvia o problema da formação de pessoal técnico em menor tempo para as atividades assistenciais hospitalares, os auxiliares de enfermagem. Foi encerrado o privilégio concedido à EAN, em 1931, de ser a escola padrão para o ensino, a partir desse momento as demais escolas deveriam pleitear junto ao Ministério da Educação e Saúde a autorização e o reconhecimento para a manutenção dos seus cursos de enfermagem e de auxiliares [14].

As Estratégias da EEAP frente à nova padronização do ensino de enfermagem no país

O decreto lei nº 4.725, de 22 de setembro de 1942, que reorganizava a Escola e o decreto nº 10.472, de mesma data, que aprovava o novo regulamento, modificavam a finalidade da escola para preparar enfermeiros auxiliares para os serviços sanitários e assistenciais e de promover a especialização em serviços psiquiátricos, os enfermeiros diplomados [15,16].

Um dos primeiros fatores de mudança nesta reorganização, para o ganho de qualidade na preparação de enfermeiros e enfermeiras na EEAP, foi a nomeação, pela primeira vez, em 53 anos de existência, de uma enfermeira para a direção da Escola. Maria de Castro Pamphiro, diplomada pela Escola de Enfermagem do DNSP. Com a sua entrada a Escola passou por um período intenso de transformações tanto no campo didático quanto administrativo. Exemplo disso pôde ser observado no aumento do currículo escolar nos campos teórico e prático, na seleção de alunos e na adaptação de pessoal para o serviço didático e administrativo.

Nesse período anterior a nova regulamentação, é observada uma estratégia da direção no campo do ensino, a fim de incrementar a qualidade prestada e já em vista da equiparação da EEAP à Escola Padrão:

> *A inclusão progressiva de novas disciplinas na grade curricular da EEAP, de 1943 a 1947, foi uma estratégia que permitiu estender o tempo de duração do curso e aproximar a grade curricular mais próxima àquela das escolas equiparadas (...), Maria de Castro Pamphiro considerou que, em se tratando de uma escola de enfermagem, 'profissão prática por excelência', impunha-se a inclusão da disciplina Técnica de Enfermagem 'razão de ser do próprio Curso`. Ela adotou nesta disciplina o mesmo programa da EAN... [14].*

Essa estratégia veio a se confirmar, no Boletim de Informações, do ano de 1951:

> *Novos programas do curso, acrescidos do ensino de técnica de enfermagem, foram cuidadosamente postos em prática... Graças ao que já foi exposto e ao que já havia realizado quanto a sua organização sob a orientação da enfermagem moderna, a E.E.A.P, já se encontrava em condições de igualdade e até superior a algumas escolas do gênero [17].*

Nesse período, em termos estruturais, a Escola também recebeu novas salas de aula, sala de enfermagem, sala de dietética, internato com as dependências indispensáveis, o mobiliário antigo foi reformado, apesar do prédio, estar em péssimas condições e a escola sofrer com a falta de recursos.

Com a regulamentação da Lei 775, a Escola teve seu padrão reconhecido, encontrando respaldo legal para manter-se diplomando enfermeiros, evitando, assim, a legitimação da denominação "enfermeiro auxiliar", como previam a Lei e os Decretos 4.725 e 10.472. Nesse aspecto: "a Lei 775/49 afastou de vez a ameaça de que a EAP fosse institucionalizada como curso de enfermeiros auxiliares" [14]. Ainda de acordo com o autor: "Pode se dizer que a lei 775/49 representou para a EEAP, sua 'lei áurea' (...) lhe proporcionou a tão almejada reformulação da finalidade da Escola" [14]. Fato esse encarado com satisfação pela diretora Maria de Castro, conforme seu relatório em 1951: "Essa última lei trouxe muitas vantagens a esta escola" [18].

De acordo com a lei de ensino, eram requisitos para a matrícula: Certidão de registro civil, que comprovasse a idade mínima de 16 anos e a máxima de 38; atestado de sanidade física e mental; atestado de vacinação; atestado de idoneidade moral; prova de

conclusão de curso secundário. Esta dava um prazo, até o ano de 1956, para as escolas atenderem a estas exigências de matricula. Durante este período, essas exigências poderiam ser substituídas por qualquer uma das seguintes provas: certificado de curso Ginasial, Comercial e Normal. A tabela a seguir mostra o nível de instrução dos alunos matriculados na EEAP, nesse período:

Tabela I - Instrução dos alunos admitidos na EEAP, nos anos de 1950-1956.

Instrução	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	Total	%
Primário Completo	02	-	-	-	-	-	-	02	1,6%
Curso Ginasial	11	04	09	18	10	03	23	78	65,5%
							Subtotal	80	67,2%
Curso Científico	01	-	-	-	01	-	01	03	2,5%
Curso Normal	01	-	03	01	01	-	-	06	5,0%
Curso Industrial	01	01	-	03	01	-	-	06	5,0%
Curso Comercial	02	02	06	01	03	-	01	15	12,6%
							Subtotal	30	25,2%
Não Identificado	-	01	03	03	-	01	01	09	7,6%
Total	18	08	21	26	16	04	26	119	100%

Fonte: Fichas dos alunos – Arquivo Enfª Maria de Castro Pamphiro/EEAP/UniRio.

O quadro mostra a dificuldade que se havia na captação de alunos que já atendessem aos requisitos de matrícula estabelecidos pela Lei, ou seja, alunos que portassem diploma de curso secundário, conforme a regulamentação do ensino. No ano de 1950, dois alunos foram admitidos tendo apenas o primário completo, e no período de 1950 a 1956 um total de 78, que correspondiam a 65,5% dos alunos admitidos, tinham somente o ginasial, superando, em grande número, o total de alunos que já portavam certificado de conclusão de curso secundário, que correspondiam no total a apenas 25,2% dos ingressantes. Esse fato é explicado pelo amparo dado por Lei até o ano de 1956, no artigo 71 das disposições transitórias, que diz respeito à substituição das exigências de matrícula.

Se, por um lado, a captação dos ingressantes em sua grande maioria, não era secundária conforme a Lei, por outro, a direção pode se valer desse amparo, justamente para ampliar a captação de alunos, pois candidatos que não apresentavam as exigências necessárias para ingressar, puderam concorrer e ter acesso ao ensino de enfermagem, sendo essa uma estratégia adotada pela direção para entrada de novos alunos.

A complementação do currículo exigida pela lei, e a obrigatoriedade da freqüência aos estágios hospitalares também foram fatores que já demonstravam como a EEAP buscava se adaptar aos novos padrões de ensino, um exemplo era o estágio de enfermagem psiquiátrica que era oferecido pela Escola desde antes da promulgação da lei, no Centro Psiquiátrico Nacional e que também passou a servir de campo para outras escolas de enfermagem, como as Escolas de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro e Anna Nery, entre outras, que não tinham campo de estágio nessa área:

> *A obrigatoriedade de freqüência aos estágios hospitalares de quase todas as especialidades médicas, cirúrgicas e sanitárias, proporcionando com isto, a oportunidade para as demais escolas de enfermagem fazerem o estagio de Enfermagem Psiquiátrica com a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, por manter esta, um serviço de enfermagem sob sua responsabilidade, no Instituto de Psiquiatria, do Centro Psiquiátrico Nacional do Serviço Nacional de Doenças Mentais, no Engenho de Dentro [17].*

Esse fato é destacado na seguinte afirmação: "Diante deste fato, a EEAP já preparada e qualificada não obteve dificuldades em oferecer estágios de enfermagem psiquiátrica aos seus alunos ao contrário das escolas congêneres, tornando a EEAP como uma Escola de referência no ensino teórico-prático de psiquiatria..." [19].

Amorim também destaca a importância da Escola nesse aspecto:

> *Enfim, ao tempo em que a Lei 775/49 finalmente garantiu à EEAP uma posição condizente com os avanços por ela conquistados; de outro modo, ao tornar obrigatório o ensino da enfermagem psiquiátrica em todas as Escolas de Enfermagem do País, a Lei 775/49 possi-*

bilitou à EEAP galgar uma melhor posição no Ministério da Educação e Saúde, como detentora de um saber especializado e raro no campo da enfermagem [14].

A nova regulamentação do ensino previa que as Escolas eram obrigadas a proporcionar o aprendizado prático em hospitais gerais, em todas as especialidades médicas e cirúrgicas, e em serviços de saúde pública. Nesse ponto, a Escola Anna Nery prestou importante auxílio à escola, cedendo campo de estágio nos seus serviços de saúde.

Para conseguir esse fim, esta escola assim como outras tem realizado os estágios de medicina e cirurgia e seus derivados no Hospital São Francisco de Assis e o de obstetrícia na Maternidade Escola, cujos serviços se acham sob a responsabilidade técnica da Escola Anna Nery [20].

Para a condução das alunas para os campos de estágio, a direção também contava com o apoio da Escola Anna Nery, conforme relato da diretora: "... o ônibus da citada Escola, passou a fazer duas viagens diárias à E.E.A.P. para conduzir seus alunos ao Hospital S. Francisco de Assis e Maternidade Escola, mediante pagamento de um dos chaufeurs (...) e fornecimento de gazolina" [20].

A Escola firmou acordos com a EEAN, para poder atender as exigências da lei de ensino, nas diversas especialidades, atraindo candidatos do país inteiro, pois oferecia internato, com pagamento de auxílio financeiro, uniforme, assistência médica, atrativos para lazer como: piano, rádio, violões, mesa de ping-pong, jogos de salão, biblioteca, televisão (um luxo na época), excursões, biblioteca, presentes e donativos em datas comemorativas. Esse fato é comprovado através da tabela II que mostra a naturalidade dos alunos admitidos na EEAP neste período.

Tabela II - Naturalidade dos alunos admitidos na EEAP, entre os anos de 1950 a 1956.

Região	Naturalidade	1950 a 1956	%
Sudeste	São Paulo	04	3,3%
	Rio de Janeiro	19	16,1%
	Distrito Federal	26	22%
	Espírito Santo	03	2,5%
	Minas Gerais	06	5%
		Subtotal: 58	Subtotal: 49%
Centro Oeste	Mato Grosso	01	0,8%
		Subtotal: 01	Subtotal: 0,8%
Nordeste	Maranhão	07	6%
	Piauí	07	6%
	Alagoas	05	4%
	Pernambuco	02	1,7%
	Ceará	07	6%
	Bahia	04	3,3%
	Sergipe	09	7,6%
	Rio Grande do Norte	01	0,8%
	Paraíba	01	0,8%
		Subtotal: 43	Subtotal: 36,2%
Norte	Acre	04	3,3%
	Amazonas	05	4%
	Pará	01	0,8%
		Subtotal: 10	Subtotal: 8%
Não Identificado	Não Identificado	06	5%
	Total	118	100%

Fonte: Fichas dos alunos – Arquivo Enfª Maria de Castro Pamphiro/EEAP/UniRio.

Apesar do grande número de alunos admitidos serem da região Sudeste, com um número de 58 alunos, o que correspondia a 49% dos ingressantes no período, a escola, por seus atrativos, propaganda feita pelo governo e qualidade prestada no ensino, atraia candidatos de várias partes do país, com destaque principalmente a região Nordeste, com 43 alunos, ou seja, quase

40% de ingressantes, seguido da região Norte com 8% dos ingressantes.

Esse fato se destaca pela intensa propaganda feita da Escola por todo o país:

> *Para atrair um quantitativo maior de candidatos para estudar na EEAP, a diretora utilizou-se de propagandas feitas pelo DNS nos Estados por intermédio das Delegacias Federais de Saúde e as irradiações feitas pelo Departamento de Imprensa e Propaganda o que tornou a EEAP mais procurada por candidatos de outros estados... [19]*

Maria de Castro conseguiu ampliar a divulgação da EEAP, contribuindo para o aumento da demanda de alunos de outros estados que procuravam a Escola, esta divulgação se dava por meio de transmissões radiofônicas feitas pelo Departamento de Imprensa e Propaganda através das Delegacias Federais de Saúde [14].

Em relação ao corpo docente da escola, em 1950, possuía um quantitativo de 30 professores sendo, 25 médicos e 5 enfermeiros, ao fim de 1956, contava com 41 professores sendo 24 médicos e 17 enfermeiros. "Ninguém concebe uma escola de medicina sem médicos, ou uma escola de aviação sem aviadores ou uma escola de agricultura sem agrônomos" [10]. Uma escola de enfermagem também não poderia ser concebida sem enfermeiros, fato esse confirmado nos dados dos Gráficos I e II, com a grande entrada de enfermeiros no corpo docente da escola.

Gráfico I - Quantitativo do Corpo Docente da EEAP – 1950.

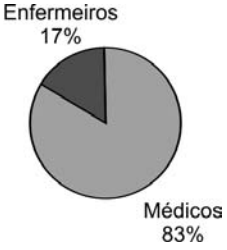
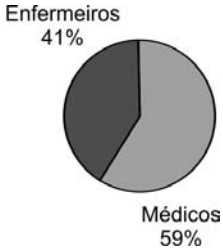


Gráfico II - Quantitativo do Corpo Docente da EEAP – 1956.



Fica constatado pelos gráficos que a direção usou o suporte dado pelas correntes de pensamento da época, onde o fortalecimento e a consolidação do ensino, nas escolas de enfermagem, só dar-se-iam com a entrada dos próprios enfermeiros à frente da educação escolar. Baseado nisso, pode-se observar a grande entrada de enfermeiros exclusivos para o ensino na EEAP, no período entre 1950 e 1956, ocorrendo um aumento de 24% no índice de professores enfermeiros trabalhando na Escola. Esse fato contribuiu para a diminuição da influência médica no ensino técnico de enfermagem e garantiu maior autonomia na educação por parte dos enfermeiros.

Em relação a esse período de mudanças na legislação de ensino, pode-se dizer que a direção da Escola pautou sua adaptação frente às novas diretrizes, especialmente em três aspectos: na captação de alunos, na inserção de seus alunos em campo de estágio e na reestruturação didática e administrativa.

Conclusões

A trajetória da enfermagem, no Brasil, passou por vários períodos de mudança, não sendo diferente no que diz respeito ao ensino, com o advento da Lei 775/49, que veio consolidar a enfermagem como profissão de nível universitário, acabando com a necessidade de equiparação das demais escolas à Escola Anna Nery (padrão). Estabeleceu oficialmente o ensino de auxiliar de enfermagem, tendo em vista a grande carência de profissionais para a área assistencial, ratificando as diferenças entre as categorias de agentes de enfermagem.

Quanto à EEAP, mostrou estar preparada para a chegada da nova Lei, o impacto dado pela regulamentação foi positivo na formação profissional e veio a comprovar que a Escola encontrava-se de acordo com as novas especificações em vários aspectos, principalmente em nível de estruturação didática e de ensino, onde a maioria das disciplinas exigidas por lei já eram aplicadas. A direção lançou mão de estratégias e de uma importante aliança estabelecida com a Escola Anna Nery para a adaptação dos novos conceitos de ensino, campo de estágio e transporte dos alunos.

O campo da psiquiatria, que regeu, por muito tempo, as diretrizes de ensino e qualificação da Escola, veio a ser uma importante 'moeda de troca', pois a EEAP, no Centro Psiquiátrico Nacional, e EAN, no Hospital São Francisco de Assis, realizaram inter-

câmbios nesses campos, para os seus alunos, a fim de adaptarem seus currículos às exigências da Lei.

A regulamentação veio a comprovar a elevação no padrão de ensino que a Escola oferecia próximo à data de sua promulgação, fruto de anos anteriores de luta da direção em prol da melhoria das condições acadêmicas e que, por fim, veio a atender não só aos anseios da EEAP, mas como das demais escolas que pleiteavam o direito de manter-se diplomando enfermeiros.

Referências

1. Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949. Dispõe Sobre o Ensino de Enfermagem no País e dá outras Providências. Enfermagem: leis, decretos e portarias. 2a ed. Rio de Janeiro (DF): Ministério da Saúde/SESP; 1959.
2. Decreto nº 27.426, de 14 de novembro de 1949. Aprova do Regulamento Básico para os Cursos de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem. Enfermagem: leis, decretos e portarias. 2a ed. Rio de Janeiro (DF): Ministério da Saúde/SESP; 1959.
3. Lei nº 2.995, de 10 de dezembro de 1956. Prorroga o prazo que restringe as exigências para instruir matrícula aos cursos de enfermagem, nos termos do parágrafo único do art. 5º da lei 775, de 6 de agosto de 1949. Enfermagem: leis, decretos e portarias. 2ª ed. Rio de Janeiro (DF): Ministério da Saúde/SESP; 1959.
4. Costa LCA, Mello LIA de. História do Brasil. São Paulo: Scipione; 1999. p.330.
5. Caldeira J. Viagem Pela História do Brasil. Rio de Janeiro: Companhia das Letras; 2001. p.291.
6. Castro H. História social in: Cardoso CF, Vainfas R. Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia. Rio de Janeiro: Campus; 1997. p.54.
7. Cardoso CF, Vainfas R. Domínios da História: ensaios de teoria e metodologia. Rio de Janeiro: Campus; 1997. p.377.
8. Félix LO. História e memória – A problemática da pesquisa. Passo Fundo: Ediupf; 1998. p.81-21.
9. Resende M de A. Ensino de enfermagem. Rev Bras Enfermagem. 1961; 01. p.110.
10. Pinheiro MRS. Problemas de enfermagem no Brasil. Anais de Enfermagem. 1951; 4(4). p.279.
11. Decreto 20.109/31 de 15 de junho de 1931. Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem e instruções relativas ao processo de exame para a revalidação de diplomas. Enfermagem (Leis, Decretos e Portarias) Ministério da Saúde/SESP. 2ª edição ver e aum, Rio de Janeiro; 1959.
12. Silva Júnior OC Da, Moreira A, Amorim W, Porto F. A enfermagem psiquiátrica e a enfermagem moderna no Rio de Janeiro: Uma lição da história. Rev Bras Enfermagem 2001; 53(4):229-36.
13. Santos RM, Trezza MCSF, Candiotti ZMC, Leite JL. Circunstâncias de oficialização do curso de auxiliar de enfermagem no Brasil: estudando as entrelinhas da Lei 775/49. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(4):561-70.
14. Amorim WM de A. Reconfiguração da primeira escola de enfermagem brasileira: a missão de Maria de Castro Pamphiro. 1937-1949, [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2004.
15. Decreto Lei nº 4.725 de 22 de setembro de 1942. Reorganiza a Escola Profissional de Enfermeiros criado pelo decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890, e dá outras providências. Coleção de Leis da Republica dos Estados Unidos do Brasil, Atos do Poder Executivo. Rio de Janeiro; 1942.
16. Decreto Lei nº 10.472 de 22 de setembro de 1942. Aprova o regulamento da Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto. Coleção de Leis da Republica dos Estados Unidos do Brasil, Atos do Poder Executivo. Rio de Janeiro; 1942.
17. Boletim de Informações da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto 1951. Serviço Nacional de Educação e Estatística. Arquivo Setorial Enfª Maria de Castro Pamphiro – EEAP/UniRio. Rio de Janeiro; 1951.
18. Relatório da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto 1951. Serviço Nacional de Educação e Estatística. Arquivo Setorial Enfª Maria de Castro Pamphiro – EEAP/UniRio. Rio de Janeiro;1951.
19. BESSA, M do. N. Aspectos da Formação Profissional na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (1943-1949). Escola Anna Nery R Enferm. 2006; 10(1) 64-74.
20. Relatório da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto de 1955. Serviço Nacional de Educação e Estatística. Arquivo Setorial Enfª Maria de Castro Pamphiro – EEAP/UniRio. Rio de Janeiro; 1955.

Enfermagem Brasil
Janeiro / Fevereiro 2007;6(1)

Revisão

Desafios vividos pelo ser mulher-adolescente no ciclo gravídico-puerperal

Lucimeire Santos Carvalho, M.Sc.*, Tânia Cristhiane Bispo, M.Sc.**, Naiane Andrade Simões***, Cátia Andrade Silva, M.Sc.****, Ana Carla Petersen de Oliveira Santos*****

**Universidade Federal da Bahia (UFBA), **Docente da Universidade do Estado da Bahia ***Enfermeira, Universidade do Estado da Bahia (UNEB), ****Enfermeira, *****Universidade Federal da Bahia (UFBA)*

Resumo

Este artigo constitui uma pesquisa bibliográfica, de 1985 a 2005, que objetivou compreender como se apresenta, para a mulher-adolescente, a vivência da gestação e maternidade. A análise qualitativa dos dados da pesquisa, realizada em periódicos, teses e dissertações sobre a temática, evidenciam as múltiplas facetas que envolvem a tríade adolescência, gravidez e maternidade, no contexto bio-psico-social, e a importância de uma assistência multidisciplinar especializada para atender às necessidades e demandas de saúde da adolescente no ciclo gravídico-purperal. O conhecimento sobre os ideais, valores e propósitos da adolescente corroboram na fundamentação da teoria e prática de enfermagem e nas intervenções frente às dificuldades enfrentadas pelas adolescentes.

Palavras-chave: comportamento do adolescente, gravidez, puerpério, enfermagem.

Abstract

Challenges experienced by an adolescent-woman in the pregnancy-puerperal cycle

The aim of this article was to understand the phenomenon of pregnancy and maternity in the adolescence according to literature review from 1985 to 2005. Data analysis of the literature was carried out in national and international papers about the multiple facets involving the adolescence, gestation and maternity triad in biological, psychological and social context and the importance of a specialized multidisciplinary assistance to match the necessities and health demands of the adolescent woman in the pregnancy-puerperal cycle. The knowledge about ideals, values and intentions of the adolescent corroborates in the basis of theorical and practice of nursing and in the actions which face the difficulties in this phase of the life.

Key-words: adolescent behavior, pregnancy, postpartum period, nursing.

Recebido em 30 de agosto de 2006; aceito em 19 de janeiro de 2007.
Endereço para correspondência: Lucimeire Santos Carvalho, Rua L, Quadra 4 Lote 5, Jardim Brasília, Pernambués, 41100-160 Salvador BA, E-mail: meirebom@yahoo.com.br

Resumen

Desafíos vivenciados por la mujer adolescente en el ciclo gravídico puerperal

Este artículo tiene como objetivo la comprensión del fenómeno del embarazo y de la maternidad en la adolescencia por medio de una revisión bibliográfica desde 1985 hasta 2005. El análisis cualitativo de los datos de la investigación, realizado en periódicos nacionales e internacionales, tesis y disertaciones sobre la temática, evidencia las múltiples facetas que implican la tríada adolescencia, gestación y maternidad en el contexto bio-psico-social y la importancia de una ayuda multidisciplinar especializada que atienda a las necesidades y demandas de salud de la mujer adolescente en el ciclo gravídico puerperal. El conocimiento a cerca de los ideales, valores e intenciones de la adolescente corroboran con la base de la teoría y práctica de enfermería, como profesión, además de las diferentes acciones para afrontar las dificultades por las adolescentes.

Palabras-clave: conducta del adolescente, embarazo, periodo posparto, enfermería.

Introdução

Durante o ciclo vital, o ser humano passa por diversas transformações biológicas, psicológicas, espirituais, culturais e sociais que poderão influenciar sua trajetória de crescimento e desenvolvimento.

Estas transformações são mais intensas em determinadas etapas da vida, como na adolescência: período em que o indivíduo encontra-se repleto de dúvidas, conflitos e inseguranças devido às necessidades de adaptação a uma nova condição.

Ao longo da história, a adolescência tem se mostrado como uma fase importante, e até mesmo, crucial, dada à representatividade simbólica que se tem dela; de modo que, para conceber a adolescência, devemos nos apropriar de conhecimentos que remetam a reflexões sobre as peculiaridades e complexidades das necessidades e demandas de saúde dos adolescentes, que compreendem distintos e integrados processos de crescimento e desenvolvimento em toda a dimensão existencial e, que exige intervenções de orientação e/ou terapêutica.

Então, torna-se fundamental reconhecer a adolescência não somente como um momento de mudanças corporais, restringindo-a ao estudo de um único componente, o físico. Na adolescência, o ser humano atravessa tão somente a maturação sexual, mas, também, inicia sua função de membro ativo da sociedade, sofrendo influências externas de conformação de comportamento e condutas [1].

Nesse entendimento a adolescência figura-se como uma fase evolutiva da vida que se diferencia pela passagem da infância para a idade adulta envolvendo, nesse processo, inúmeras transformações. Também, caracteriza-se como um período da vida situado entre a puerícia e a fase adulta, mas que não possui limites precisos [2,3].

Essa fase da vida, marcada por alterações biológicas, psicológicas, sociais e culturais, está compreendida entre 10 e 19 anos de idade, época em que se inicia a aquisição da capacidade reprodutiva e o processo de maturação sexual. Todavia, apesar dos limites estabelecidos para delinear estratégias de atenção à saúde do adolescente, a adolescência pode ter sua duração variada sob a influencia de fatores extrínsecos e intrínsecos ao indivíduo, a citar: maturação e desenvolvimento sexual, estruturas familiares e condicionantes sociais [4].

O processo de adolescer possui particularidades inerentes a cada individuo, constituídas por elementos genéticos e biológicos, conhecimentos e valores edificados durante as experiências de vida, composição psico-emocional e potencial para o questionamento e a criação [5].

A valorização desta subjetividade na vida do individuo que perpassa pelo processo de adolescer, revela a importância dos valores comportamentais para o entendimento da motivação das ações na adolescência, período em que esse enfrenta a busca pela identidade, socialização e relações com os pares, apresentando-se mais susceptível às influências externas e incorporação de valores, tanto adequados quanto inadequados [6-8].

Esse período da vida humana, que está marcado por ambivalências e indecisões, é indispensável para a aquisição da maturidade da vida adulta. A priori, entre ser criança, adolescente e adulto, há crises e confrontos com o mundo ao redor, com as regras sociais e as figuras de autoridade, que não se encerram em manifestações patológicas, ao contrário, contribuem para atitudes saudáveis de fortalecimento psico-social e afetivo.

As transições, muito embora, em geral estejam ligadas a períodos de crises, são marcos importantes

na vida das pessoas evocando mudanças, reorganizações e aprendizagem significativas, principalmente para as mulheres, quando vivenciam a gestação e o nascimento de um filho na adolescência [9].

Em face às considerações, o presente artigo constitui-se como pesquisa bibliográfica de 1985 a 2005 que objetivou compreender, do ponto de vista literário, como se apresenta para a mulher-adolescente a vivência da gestação e maternidade.

Como metodologia de pesquisa, foi realizada consulta bibliográfica em duas Escolas de Enfermagem de Universidade públicas de Salvador–Ba e consulta na base de dados Bdenf, Lilacs e Medline para levantamento de artigos, dissertações e teses sobre a gravidez e maternidade para a mulher, particularmente para a adolescente. Tomamos como palavras-chave, os descritores "gravidez", "maternidade", "puerpério" e "adolescência".

Foram listados inúmeros artigos de diversos periódicos indexados, porém selecionamos para o estudo os que apresentavam registros sobre os *sentidos e significados* para mulher adolescente da vivência da gestação e maternidade. Inicialmente, buscamos descrever marcos históricos e conceitos sobre gravidez e adolescência e seguimos uma análise da repercussão da gravidez e maternidade para a vida da mulher adolescente, pautando-se nas esferas biológica, psicológica e social para discussão e reflexão, como também das diversas situações que ensejam mudanças/transformações no modo de ser e agir da adolescente que necessita ser compreendida pelo profissional de saúde que busca assisti-la de modo integral.

Viver a gestação e a maternidade na adolescência: dificuldades e perspectivas

A gravidez, nos primeiros anos de vida, reprodutiva não se constitui um fenômeno recente na história da humanidade, visto que, na antiguidade, os contratos de casamento eram lavrados quando a menina estava entre os 13 e 14 anos de idade [10].

Entre as mulheres, a infância era de curta duração, e a adolescência quase que inexistia, pois, ainda muito jovem, a menina era treinada para ser de dona-de-casa e mãe de família.

No início deste século, a gravidez precoce era considerada como um acontecimento habitual para os padrões culturais e para os costumes vigentes. No entanto, atualmente, a gravidez no período inferior da vida reprodutiva tem sido objeto de preocupação da saúde pública devido a fatores como: o aumento significativo da taxa de natalidade; as possíveis repercussões que uma gestação pode ocasionar ao binômio mãe-filho; e principalmente porque os adolescentes são hoje vulneráveis à transmissibilidade e propagação de doenças, a exemplo de doenças sexualmente transmissíveis [3].

Neste sentido, a gestação na adolescência tem sido estudada por muitos pesquisadores preocupados em compreender a experiência da gravidez para as adolescentes, analisando o impacto familiar e social, assim como as alterações biológicas, psicológicas e os riscos inerentes ao modo de viver de cada indivíduo em particular.

A gravidez na adolescência tem sido apontada na literatura quase sempre como um acontecimento desagradável e inesperado; mesmo estando determinadas biologicamente. As complexas mudanças de papéis, reajustamento interpessoal e de identidade ocasionadas pela gestação na adolescência precipitam sentimentos de vergonha, temor e angústia que ancoram à negação e ocultação da gravidez e corroboram para que a adolescente não procure uma assistência adequada nesse período, aumentando a incidência de patologias que atingem mãe e filho [11].

A esse respeito, está comprovado que todo ciclo gestacional gera risco para a genitora e para o feto, mas a gestação de alto risco deve ser entendida como aquela em que a vida e o estado de saúde dos binômios mãe-feto ou mãe e neonato possuam grandes chances de serem atingidos pela média da população considerada [12].

A gestação na adolescência pode trazer diversos problemas tanto para a mãe quanto para a criança, se considerarmos a anatomia e fisiologia do corpo adolescente e o seu contexto de vida, a citar: o trabalho de parto que na adolescente é mais prolongado; maior risco de distócias e toxemia gravídica; maior incidência de recém-nascidos prematuros; deprimidos e de baixo peso; maior mortalidade perinatal e infantil; problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado [3].

Nesse cenário, não há como negar que a adolescência e a gravidez representam fases de crises; sendo a primeira uma crise bio-psico-social necessária ao crescimento e desenvolvimento da pessoa como ser humano, e a segunda uma crise desestruturante quando indesejada na adolescência, pelo potencial de causar danos aos sistemas do indivíduo, privan-

do-o de passar por importantes estágios para sua maturação e prática sexual [10].

A gravidez altera todo o sistema bio-psico-social da adolescente, levando-a a constantes perdas, advindas da modificação estética corporal e discriminação social. A adolescente teme não recuperar a sua antiga forma corpórea, perder sua identidade, ser abandonada pelo parceiro, amigos e familiares, como também teme não conseguir cuidar do filho, o que gera em muitos casos, o seu afastamento dos meios sociais habituais e isso inclui as instituições de ensino [8,13].

A perda do convívio social e do vínculo afetivo com seu grupo torna a adolescente frágil e vulnerável à rejeição, propiciando o isolamento social, a depressão, o suicídio e o aborto, pois, o nascimento de uma criança lhe fará assumir abruptamente muita responsabilidade independente da sua vontade, como estar ao lado do filho, amamentá-lo, prestar-lhe cuidados [3,14].

Paradoxalmente, os trabalhos de Bowlby ressaltam a importância do vínculo afetivo entre mãe e criança para seu desenvolvimento psicológico saudável, sendo a privação do laço afetivo responsável, muitas vezes, por desajustes emocionais, inclusive delinqüência infanto-juvenil [15].

Tornar-se mãe é, para a adolescente, um grande desafio, principalmente por ser uma fase carregada de transformação e instabilidade. Muito embora as transições estejam ligadas a períodos de crises, são marcos importantes na vida das pessoas evocando mudanças, reorganizações e aprendizagens significativas [9]. Para adaptar-se, a adolescente precisa assumir comportamentos e habilidades para superar conflitos que perpassam, na grande maioria das vezes do abandono dos estudos até a perda do convívio social e do vínculo afetivo com seu grupo; pois, após o nascimento da criança, tem obrigação de estar ao lado do filho prestando-lhe os cuidados necessários.

Nesta perspectiva, a maternidade entre as adolescentes é situada em relação ao contexto social em que se inscreve, sendo adiada nas classes economicamente favorecidas de forma a não comprometer a sua futura inserção no mercado de trabalho e a conseqüente aquisição da autonomia financeira, enquanto que nas classes populares naturaliza-se, subzajendo a dedicação aos papéis de esposa e mãe.

Percebe-se que a gravidez, desejada ou não, agrupa impactos de diversas naturezas no campo afetivo e de convivência familiar e social para a adolescente [16,17]. E, apesar das particularidades de cada caso, em ambas as situações descritas, a maternidade é um momento difícil que incita inúmeros aprendizados. Todavia, quando existe o desejo e a aceitação da gravidez, a adolescente aumenta sua resiliência e capacidade adaptativa à situação vivendo o período da gestação e maternidade sem sofrimento.

O desejo da adolescente de experimentar a maternidade na adolescência tem sido apontado, na literatura, como algo que referencia a adolescente a seu mundo interno, como igualmente um desejo de compensar os fracassos sociais, afetivos e situações de dependência. Com isto, estudos argumentam que o estado gravídico e a maternidade podem exercer efeitos positivos sobre a qualidade de vida da adolescente, possibilitando a complementaridade do seu eu e minimizando sua busca incessante por uma identidade, pois traz elementos necessários a conformação de um ego forte e novas formas de relacionamento [2,18].

Waldow [19] afirma que "a capacidade para cuidar pode ser desenvolvida, despertada ou inibida através da experiência educacional", de modo que a capacidade de cuidar está colocada do ponto de vista de uma ação interativa, de valores e no conhecimento do ser que cuida para e com o ser que é cuidado [20]. Dessa maneira, o cuidado que a adolescente-mãe proporciona ao filho depende da aprendizagem de um cuidar que vai se aperfeiçoando, na medida que ocorre o conhecimento mútuo.

A propósito, a capacidade de realizar, de forma segura, as atividades de cuidado com a criança, não surgem automaticamente, necessitando aprendizado para a realização destas tarefas. Este aprendizado é difícil, porém, quando há o desejo de aprender, as atividades ensinadas aos poucos vão sendo assimiladas [21].

As carências educacionais decorrentes da maternidade precoce podem influenciar na condução do cuidado materno-infantil, acarretando em maior número de internações de crianças [22]. O que evidencia de certa maneira, que a dificuldade enfrentada pela adolescente para cuidar do filho está relacionada à sua concepção de cuidar e também do despreparo para exercer de forma adequada o cuidado.

"É necessário um cuidar tentando minimizar as contradições, porém ressaltando seus valores e, buscando na própria realidade

das mães-adolescentes, a solução para as dificuldades o que implica em valorizar a capacidade das mesmas".

O cuidado materno deve ser desenvolvido não de uma forma solitária pela adolescente, mas com apoio do pai, da família e dos profissionais de saúde. Pensamos que a inclusão da família no processo possibilitará o aumento da resiliência e capacidade adaptativa da adolescente à situação, influindo positivamente na vivência do período gravídico-puerperal.

Cabe ao enfermeiro atuar junto às mães adolescentes, trabalhando suas potencialidades para cuidar, e, paralelamente desenvolver no pai e família a idéia de que a responsabilidade sobre a criança é de todos, e, portanto, de que o cuidado compartilhado é a única maneira de garantir a integralidade do cuidado à criança.

A gestação na adolescência é um fenômeno reconhecido mundialmente, cuja compreensão está associada a fatores culturais dos indivíduos envolvidos no processo, ao período histórico e ambiente em que ocorre. Assim, as reações à gravidez podem manifestar-se de formas diferentes, dependendo das experiências anteriores vividas pelo adolescente e da aceitação do novo papel – antes adolescente e agora adolescente gestante, como também da assistência prestada à gestante adolescente [23,24].

Desse modo, se a gestação impede a adolescente de buscar realizações e felicidade, ou seja, adaptar-se, certamente lhe trará prejuízos nos campos psicológicos e afetivos durante todo o curso de sua vida, pois estará marcada por lutos simbólicos derivados da vivência de contínuas perdas. No entanto, caso a gestante adolescente encontre apoio e segurança durante o processo gestacional, a gravidez se configurará num desafio e a maternidade num processo de viver e dar a vida ao outro de modo consciente e responsável.

Conclusão

Reiteramos que o biológico é o menor e mais contornável problema no enfrentamento da gravidez e maternidade pela adolescente, e que o principal impacto para o adolescente se constitui no psicosocial. A vida do adolescente e suas necessidades de saúde são, de fato, processos intrinsecamente ligados à questão social que se estruturam na medida que interagem com os diversos componentes – físicos, culturais, econômicos, institucionais, políticos e éticos [25,26].

Em vista disso, a prática assistencial dedicada às mães adolescentes precisa valorizar o contexto em que elas estão inseridas, captando as diversidades e modificações desta fase, de forma que possa subsidiar o planejamento de uma assistência integral, educativa e social, preparando-as para o cuidado de seus filhos.

No que diz respeito a este apoio , o enfermeiro tem um importante papel, pois é o profissional que está próximo à adolescente e família, tendo condição, portanto, de criar vínculo e confiança, conseguindo orientá-las a fim de superar as dificuldades que permeiam o ciclo gravídico-puerperal.

Espera-se com a pesquisa contribuir para fundamentação teórica necessária para instrumentalizar o enfermeiro na atuação junto à adolescente, pois este conhecimento o aproxima do universo de transformações que ocorre no adolescer e dos processos que abarcam a história de vida destas mulheres, que estão modificando seus espaços internos e externos, a partir das relações com o mundo da gestação e da maternidade, como também o remete à percepção da mãe adolescente, como pessoa que necessita de cuidados diferenciados.

Referências

1. Teixeira DA, Vargens OMC. Programa de saúde do adolescente: dificuldades e facilidades de sua implementação na rede básica de saúde. Revista Técnico-Científica de Enfermagem 2003;1(1):43-8.
2. Leal AC, LoewenWall M. Percepções da gravidez para adolescentes e perspectivas de vida diante da realidade vivenciada. Cogitare Enferm 2005;10(3):44-52.
3. Bocardi MIB. Gravidez na adolescência: o parto enquanto espaço do medo. São Paulo: Arte & Ciência; Unimar; 1998.127p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde (OMS). Gravidez na adolescência. [online]. [citado 2005 Jul 13]. Disponível:<http://portalweb02.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm ?dtxt=259>
5. Ramos FRS. Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher/Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília: ABEN; 2001:11-8.
6. Taquette SR. Iniciação sexual da adolescente - o desejo, o afeto e as normas sociais [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997. 212p.
7. Levisky DL, Vasconcellos ATM, Blay E, Smeke ELM, Outeiral JO, Lins MIA. Adolescência e violência. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

8. Ferreira MA. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. Texto & Contexto Enfermagem 2006;15(2):205-11.
9. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 11a ed. Petrópolis: Vozes; 1990. 163p.
10. Motta ML, Silva JLP. Gravidez entre adolescentes muito jovens. Rio de Janeiro: Femina 1994;22(5): 238-54.
11. Cavalcanti APLS. Aspectos psicossociais de adolescentes gestantes atendidas em um serviço público da cidade de Recife. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG (Ed.). Um encontro da Enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEN; 2000.195p.
12. Brasil Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: Manual técnico. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas – Área Técnica de Saúde da Mulher; 2000.164p.
13. Nascimento C. Expectativas, sentimentos e apreensões maternas em relação ao neonato no pós-parto mediato [monografia]. Salvador: Departamento de Ciência da Vida, Universidade do Estado da Bahia; 2004. 86p.
14. Chabon B, Futterman D, Hoffman ND. HIV and AIDS in adolescents. Pediatr Clin North Am 2000;47(1):171-87.
15. Ribeiro AG. O sentido do ser mulher puérpera no método mãe canguru [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.120 f.
16. Dias ACG, Gomes WB. Conversas em família sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. Psicologia: reflexão e crítica, UFRS [on line] 2000. [citado 2005 Jul 13]. Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v4n1/a06v04n1.pdf>
17. Araújo RTA, Oliveira ZM, Teixeira JRB. Sentimentos e significados de adolescentes grávidas acompanhadas em serviços de pré-natal. Enfermagem Brasil 2006; 4(6):18-26.
18. Gontijo DT, Medeiros M. Gravidez / maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. Revista Eletrônica de Enfermagem 2004;6(3).[citado 2005 Jul 14]. Disponível em www.fen.ufg.br
19. Waldow VR. Cuidar/cuidador: o domínio unificador da enfermagem. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203p.
20. Waldow VR. A arte e a estética de ser na enfermagem: mulher e cuidado. Mãe natureza. In: Gonçalves LHT, Arruda EN. (Ed.) A Enfermagem e a arte de cuidar. Florianópolis: UFSC; 1999ª. 265p. (Série Enfermagem - Repensul).
21. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. Cuidado em Enfermagem materna. 5a ed. Porto Alegre: Artemed ; 2002. 928p.
22. Silva LR, Bezerra FG, Johansom L, Biesil MM. A interação mãe adolescente com seu filho recém-nascido no alojamento conjunto: a Enfermagem com facilitadora deste vínculo – Rio de Janeiro: UniRio; 2001. 12p.
23. Bub LIR, Essen I. Marcos para a prática de Enfermagem com famílias. Florianópolis: Repensul/UFSC; 1994. 196p.
24. Brasil; MS. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de Enfermagem. Caderno do aluno: Saúde da mulher, da criança e do adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001. 158p.
25. Souza IF. Gravidez de adolescência: Uma questão social. Adolesc Latinoam 2002;3(2):4-6.
26. Mandu ENT. Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução In: Ramos FRS. Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher – Associação Brasileira de Enfermagem/ Ministério da Saúde. Brasília: ABEn; 2001. 304p.

Enfermagem Brasil
Janeiro / Fevereiro 2007;6(1)

Relato de caso

Cuidando da pessoa tetraplégica em casa: ausência de úlceras de pressão como prerrogativa dos programas de reabilitação

Wiliam César Alves Machado, D.Sc.*, Alfeu Gomes de Oliveira Júnior**, Leandro Dias Gonçalves Ruffoni***

Professor Adjunto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Docente Bolsista Funadesp de Produtividade em Pesquisa 2004/2006,Enfermeiro, Especialista em Estomaterapia pela USP, Assessor do curso de especialização em estomaterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Docente da Faculdade de Ciências da Saúde de Juiz de Fora, ***Enfermeiro, Bolsista do Programa de Iniciação Científica – Probic – Universidade Presidente Antônio Carlos – 2004/2005.*

Resumo

Estudo de caso voltado para os objetivos: identificar as dificuldades enfrentadas pela pessoa com lesão medular alta, tetraplégica, para preservar a integridade cutânea face, às limitações funcionais impostas pela seqüela neurológica e o cumprimento de exigência do programa de reabilitação; implementar os cuidados diários exercidos por familiares ou cuidadores leigos para tratar úlceras de pressão, através de intervenções domiciliares de enfermagem enfocadas na educação para a saúde. A coleta dos dados deu-se no primeiro semestre de 2005, na cidade de Juiz de Fora, MG. Os instrumentos constituídos por um diário de campo e roteiro de visita domiciliar, adotados para caracterizar sistemática a assistência de enfermagem prestada ao cliente e orientações para seus familiares ou cuidadores. Os resultados alcançados, após instituídas intervenções terapêuticas de enfermagem, confirmam que o cuidado em casa proporciona ganhos funcionais expressivos para clientes com lesões neurológicas incapacitantes, a partir do direcionamento das potencialidades para as atividades da vida diária. Da mesma forma, possibilitou que a cicatrização das úlceras de pressão, através do sistemático trabalho de orientação, acompanhamento e avaliação dos procedimentos técnicos específicos de enfermagem, assegurassem seu ingresso no programa de reabilitação.

Palavras-chave: enfermagem em reabilitação, cuidados domiciliares de saúde, úlcera de pressão.

Abstract

Taking care of a quadriplegic person at home: absence of pressure ulcers as prerogative of the rehabilitation programs

This case study has as objectives: to identify a person with high spinal cord injury difficulties, to preserve cutaneous integrity, due to functional limitations imposed by the neurological sequel and to meet with the requirements of the rehabilitation program; to implement daily care steps for relatives or caregivers to treat pressure ulcers through domiciliary nursing interventions based on a health education program**.** Data was collected in the first semester of 2005, in the city of Juiz de Fora, MG. The instruments were composed by a field diary and domiciliary visit guide, adopted to characterize nursing assistance rendered

Artigo recebido em 25 de janeiro de 2007; aceito em 12 de fevereiro de 2007.
Endereço para correspondência: Wiliam Alves Machado, Rua Silva Jardim, 5, Centro, 25805-160 Três Rios RJ, E-mail: wilmachado@uol.com.br

to the client as well as orientations for his relatives or caregivers. The obtained results, after establishing therapeutic nursing interventions, confirm that home care provides functional expressive benefit for clients with neurological disabilities, starting from focalizing on daily life activities. In the same way, it makes possible that the cicatrisation of pressure ulcers through systematic orientation work, follow-up and evaluation of nursing specific technical procedures, assure its entrance in the rehabilitation program.

Key-words: rehabilitation nursing, home care, pressure ulcer.

Resumen

Cuidando de la persona tetrapléjica en casa: ausencia de úlceras por presión como prerrogativa de los programas de rehabilitación

Este estudio de caso que tiene los siguientes objetivos: identificar las dificultades afrontadas por la persona con lesión medular alta, tetraplégica, para conservar la integridad cutánea frente a las limitaciones funcionales impuestos por secuela neurológica y el cumplimiento de la exigencia del programa de rehabilitación; implementar los cuidados diarios por parte de los familiares o cuidadores laicos para tratar úlceras de presión a través de intervenciones domiciliarias de enfermería, con enfoque en el programa de educación para la salud. Los datos fueron recogidos en el primer semestre de 2005, en la ciudad de Juiz de Fora, MG. Los instrumentos constituidos por un diario de campo e itinerario de la visita domiciliaria, adoptados para caracterizar sistemática la asistencia de enfermería prestada al paciente y orientaciones a sus familiares y cuidadores. Los resultados alcanzados después de haber instituido intervenciones terapéuticas de enfermería, confirman que el cuidado en casa proporciona logros funcionales expresivos para los pacientes con lesiones neurológicas discapacitantes, a partir de orientaciones para las actividades de la vida diaria. De la misma manera, posibilitó que la cicatrización de úlceras por presión a través del trabajo sistemático de orientación, acompañamiento y evaluación de los procedimientos técnicos específicos de enfermería, aseguren su entrada en el programa de rehabilitación.

Palabras-clave: enfermería en rehabilitación, cuidado domiciliario de salud, úlcera por presión.

Introdução

Exigência para admissão de clientes nos programas de reabilitação institucionalizados Brasil afora, a ausência de úlceras de pressão (UPs) impõe-se como norma de serviço deveras abusiva, pelo fato de não considerar a frágil qualidade da assistência à saúde e, conseqüentemente, do cuidado de enfermagem nos serviços hospitalares, em especial quando se trata de pessoas com lesões neurológicas de grande porte, como as da medula cervical. O que é preciso deixar claro é que o problema, a ser discutido aqui, não reside na exigência dos programas institucionais de reabilitação para que seus clientes, ao serem admitidos, devam estar sem UP, mas, sim, destacar o inalienável compromisso social do profissional enfermeiro em garantir que o cuidado domiciliar, executado por cuidadores leigos, seja realizado com sua sistemática avaliação e acompanhamento. Aliás, é uma forma de compensar parte do trabalho não exercido pelo enfermeiro nos contextos institucionais de assistência e cuidados, sobretudo, quanto ao preparo dos clientes e familiares no pré-alta hospitalar. É fazer valer a responsabilidade social que nos compete, como terapeutas e detentores do conhecimento específico para o cuidado de enfermagem.

Evidências clínicas acerca do crescente número de pessoas internadas para tratamentos hospitalares constituem fatores de grande preocupação entre profissionais de saúde, a ponto de ser mobilizado um grupo de pesquisadores para desenvolver estudos capazes de identificar as causas, os fatores de risco e as predisposições, tanto dos clientes quanto dos ambientes ou unidades clínicas com maior incidência das UPs [1,2]. Não poderia ser diferente com vítimas de lesão medular, já que apresentam perda da sensibilidade, mobilidade, alterações nas eliminações [3-5], entre outros aspectos que as levam a compor parte significativa do grupo de risco para UP, razões para o atual fomento de estudos regionais, nacionais e internacionais voltados para a minimização do sofrimento e exclusão desse segmento da população.

Isto posto, sobressaem pesquisas realizadas em hospitais universitários [6,7], demonstrando que a incidência de UP, entre pessoas sob cuidados de profissionais de saúde, docentes e pesquisadores da área, ocorre com escores próximos aos dos demais ambientes ou instituições estudadas, inclusive, des-

pertando-os para a necessidade de instituir comitês institucionais para avaliação e sistemática vigilância nos programas preventivos [8].

Vale ressaltar que as UPs sempre foram, e continuam, sendo um problema para os serviços de saúde, especialmente para a Enfermagem, embora não se possa negar que sua ocorrência em contextos institucionalizados de serviços de saúde, inclusive, esteja relacionada à falta de atenção no planejamento, execução e avaliação das próprias intervenções e medidas de cuidar no âmbito da enfermagem. Por mais racionais que possam ser as justificativas apresentadas pelos exercentes da enfermagem para a falta de precisão no cuidar de clientes predispostos às UPs, questiona-se fundamentalmente as complicações do estado de saúde dos mesmos, as adversidades impostas pelo prolongamento da internação, acentuando a dor e o sofrimento, além de aumentar os custos diretos e indiretos da internação. Portanto, a perda da integridade da pele produz, significativas conseqüências para o indivíduo, instituição e comunidade.

Nesse sentido, constata-se que clientes com lesão medular de cervical recebem alta clínica ou cirúrgica dos hospitais, tendo em seus corpos, úlceras de pressão, localizadas, majoritariamente, nas regiões: sacrococcígea; glútea; proximidades de proeminências ósseas dorsais; joelhos; calcâneos; maleolares; cotovelos; e, até mesmo occipitais, após passarem longos períodos internados e sob cuidados da equipe de saúde [9]. O que sugere grande contracenso, mas, de fato, reflete a fragilidade dos serviços hospitalares prestados à sociedade. Contudo, o que mais nos preocupa é o fato de os clientes serem relegados a cuidados assistemáticos exercidos pela equipe de enfermagem nos hospitais, levando-nos a questionar a qualidade dos serviços que prestamos a esta clientela.

Neste estudo, partiu-se do pressuposto que a pessoa em casa, com lesão medular em cervical, tetraplégica, com úlcera de pressão, angustiada por não estar em condições de atender a exigência de programa de reabilitação em instituição de reconhecimento internacional, tampouco dispor de recursos humanos e materiais para arcar com custos dos procedimentos para minimizar seus problemas, inevitavelmente, carece de intervenções sistemáticas de enfermagem. Assim, decidiu-se que ele deveria receber cuidados em seu domicílio, incorporando-o ao grupo de sujeitos envolvidos nas atividades de pesquisa acerca da qualidade de vida das pessoas com deficiência na mesma comunidade, convergindo esforços para planejar, implementar e avaliar intervenções terapêuticas de enfermagem voltadas para resolução de seu caso.

Os objetivos deste estudo foram: identificar as dificuldades enfrentadas pela pessoa com lesão medular alta, tetraplégica, para preservação da integridade cutânea face às limitações funcionais impostas pela seqüela neurológica e o cumprimento de exigência do programa de reabilitação, tomando como referência diagnósticos de enfermagem decorrentes dos dados extraídos do histórico; implementar os cuidados diários exercidos por familiares ou cuidadores leigos para tratar úlceras de pressão, através de intervenções domiciliares de enfermagem enfocadas na execução de procedimentos técnico-científicos em caráter explicativo e subseqüente devolução demonstrativa do apreendido.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caso, de caráter qualitativo, método descritivo, realizado no domicílio do cliente que reside na comunidade de Granjas Bethânia, no município de Juiz de Fora-MG. O estudo foi realizado no período de fevereiro a julho de 2005.

O método descritivo de estudo de caso é considerado dos mais relevantes para a pesquisa qualitativa [10,11], uma categoria de incursão científica que nos permite realizar investigações em profundidade, de um indivíduo, grupo, instituição ou unidade social [12]. No caso deste estudo, criar condições que viabilizem o atendimento das necessidades de cuidados de enfermagem a uma pessoa com deficiência em seu próprio domicílio.

Reforçando, o estudo de caso é o tipo de pesquisa que privilegia um caso particular, uma unidade específica, considerada suficiente para análise de um fenômeno. É importante destacar que, no geral, o estudo de caso, ao realizar a perscrutação de uma experiência, objetiva colaborar na tomada de decisões sobre o problema estudado, indicando as possibilidades para sua modificação [13].

Os passos para operacionalização deste tipo de pesquisa não são bem definidos, pois a maioria dos estudos de caso surge na tentativa de solucionar um problema prático específico, como freqüentemente ocorrem nas situações de enfermagem [10]. Uma vez identificada a área do problema e o caso ou casos a serem estudados, o pesquisador deve desenvolver

a coleta de dados, através de questionários, entrevistas, planos de observações, planos de avaliação, medidas psicológicas ou, até, associar várias destas técnicas. Alguns estudos de caso exigem intervenções e acompanhamento das conseqüências dos feitos no indivíduo [10], a exemplo deste estudo que requereu regular presença na orientação e avaliação dos procedimentos implementados, sistematicamente registrados em diários de campo durante as visitas domiciliares.

Foram seguidas as instruções da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Comitê Nacional de Pesquisa [14], que trata de estudos que envolvem seres humanos. Para manter o anonimato do cliente, foi-lhe atribuído pseudônimo com as iniciais de seu nome: OGS.

Diagnóstico de enfermagem

A primeira etapa consistiu em visitar o cliente e coletar dados para compor o histórico, identificando diagnósticos de enfermagem para a determinação de intervenções a serem implementadas na forma de cuidados específicos. A visita para cuidados de enfermagem domiciliar como modalidade de serviço que enfermeiros prestam aos clientes em seus lares, requer que se esteja em sintonia com serviços de saúde prestados nos hospitais, particularmente no preparo para alta dos clientes [15]. Discurso teórico pouco compatível com a realidade dos serviços prestados nos hospitais brasileiros, haja vista o detectado no caso em estudo, com os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- déficit de autocuidado: banho/higiene, vestimenta/arrumação, alimentação, higiene íntima;
- mobilidade física prejudicada, habilidade para transferência para cadeira de rodas prejudicada, mobilidade no leito prejudicada;
- integridade da pele prejudicada (relacionado à imobilidade, percepção sensorial diminuída, perfusão tissular diminuída, estado nutricional diminuído, forças de atrito e tração, umidade aumentada ou idade avançada) [15].

Os principais conceitos da Teoria do Déficit do Autocuidado compreendem: agente de cuidado, demanda de autocuidado terapêutico, déficit de autocuidado e ação da enfermagem. O autocuidado de Orem é definido como o cuidado desenvolvido pelo indivíduo, em benefício próprio, por meio de atividades ou ações, capazes de satisfazer às necessidades do próprio ser, a partir de determinados requisitos ou condições, sejam fisiológicas, de desenvolvimento ou comportamentais [16]. Como o cliente deste estudo está tetraplégico e devido a suas limitações funcionais, optou-se pela valorização de seus próprios potenciais em relação as suas necessidades de cuidado, entretanto, não houve como fugir a inevitável realidade de orientar familiares e cuidadores para o desempenho dos procedimentos, sempre condicionando-os ao ponto de vista do cliente. Uma forma de mantê-lo atento aos desdobramentos dos cuidados.

Acrescenta-se que a reabilitação faz parte dos cuidados de Enfermagem enquanto um modelo assistencial, bem como uma especialidade. Os esforços da reabilitação devem começar no contato inicial com o cliente. Os princípios de reabilitação são básicos para o cuidado, mesmo na ausência da deficiência física e suas incapacidades, mas considerando o modelo assistencial da reabilitação, essencialmente preventivo, educativo e que aborda o binômio cliente/cuidador familiar [17].

Vista por outro ângulo, salienta-se que a reabilitação é um conceito que deve permear o sistema inteiro de prestação de serviços de saúde, devendo, pois, ser abrangente e incluir prevenção, reconhecimento precoce, programa de assistência em nível ambulatorial de internação e de extensão [18].

Cuidados de enfermagem implementados

A segunda etapa comporta a delimitação dos cuidados de enfermagem a serem executados, partindo do princípio que o procedimento técnico é predominante na prática da assistência domiciliar, e saber realizar a técnica é condição essencial, tornando-se uma exigência extremamente adequada aos casos em que o procedimento técnico define a inclusão do usuário do cuidado domiciliar [19].

Nesse viés, que envolve cuidado domiciliar e limitações funcionais do cliente tetraplégico, vale ressaltar que o autocuidado é a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. As capacidades do indivíduo para engajar-se no autocuidado acham-se condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis [17]. No caso de OGS, a maior parte dos cuidados, a princípio, delegadas aos cuidadores para, na dependência de seus ganhos funcionais com

o programa de reabilitação, gradativamente possam ser exercidos pelo próprio.

Assim, deliberou-se prioritários os cuidados:

- auxiliar nas atividades da vida diária como: banho de aspersão; higiene oral e íntima; vestir, calçar e arrumar-se; levantar e deitar-se; e alimentar-se; utilizando-se de movimentos leves e seqüenciais que assegurem a integridade da pele e mucosas.
- oferecer ajuda para as transferências da cadeira de rodas para a cadeira higiênica; da cadeira de rodas para a cama e vice-versa; auxiliar nas mudanças de decúbitos de 4/4 horas quando no leito (realiza mudança de decúbito sozinho quando está na cama de casal); e auxiliar nos movimentos de elevação do assento a cada 90 minutos quando estiver sentado na cadeira de rodas;
- fazer curativos das áreas corporais com úlceras de pressão, mantendo-os limpos e secos externamente, deixando o cliente em posição de conforto e segurança.

Resultados e discussão

Para discorrer sobre os resultados alcançados, faz mister abordar os passos trilhados nos desdobramentos do estudo, os quais abaixo dispostos por tópicos caracterizadores de seus elementos essenciais.

Analisado e discorrido nos três aspectos a seguir: ambiência; histórico do problema; e cuidado domiciliar no âmbito da enfermagem.

Ambiência

Domicílio com seis cômodos de alvenaria, luz, telefone, água encanada, rede de esgoto, coleta de lixo, apresentando boa higiene local, bem arejado e boa iluminação natural. Observada construção de uma rampa nos fundos da casa para facilitar a acessibilidade do cliente. Embora no interior do domicílio não tenha ocorrido nenhuma reforma arquitetônica, OGS tem acesso a todos os cômodos da casa com sua cadeira de rodas.

Sua irmã relata estar esperando a situação financeira estabilizar para realizar algumas reformas como, pintura, ampliação dos cômodos entre outras.

A comunidade não possui Unidade Básica de Saúde, posto policial ou área de lazer. Nas vias públicas onde circulamos, observamos que inexistem iniciativas comunitária para eliminar barreiras e obstáculos que inviabilizam a promoção da acessibilidade de pessoas com deficiência. Da mesma forma, não há transporte público adaptado.

A família comprou um colchão de ar com ajuda do ex-patrão de OGS que contribui financeiramente com os gastos diários. A presença da família munida de compromissos morais e vínculos carnais envolvida nos cuidados das pessoas com lesão medular é decisiva, ainda que sem prognósticos animadores acerca de sua reabilitação funcional a curto e médio prazo, em especial, quando se trata de lesão em cervical ou tetraplegia, cujos limites são grandes para que a pessoa retome seus movimentos e coordenação para exercer sozinho cuidados e atividades da vida diária. Muitos aprendem com o contínuo processo de cuidar no dia-a-dia, porém, sem acompanhamento e avaliação do enfermeiro os eventuais erros recaem negativamente sobre a pessoa com lesão, comprometendo sua qualidade de vida e retardando seu processo de inclusão social [20]. Estudos detectaram que pessoas com lesão medular relatam ansiedade na resolução de seus problemas mais freqüentes, como cuidar adequadamente de UP, restabelecer padrões confiáveis no funcionamento vésico-intestinal, assegurar direitos constitucionais de ir e vir, eliminação de barreiras de várias ordens etc.[21].

Histórico do problema

OGS, nascido em 13/09/1962, 42 anos, cursou a 8ª Série, reside no bairro Granjas Bethânia, na cidade de Juiz de Fora-MG, em companhia de sua irmã, que é auxiliar de enfermagem de formação, mas não exerce, seu cunhado e um sobrinho. Com diagnóstico médico de tetraplegia devida a acidente de moto ocorrido em 15/07/2003, ocasião em que trabalhava no circo da família e fazia apresentações do espetáculo globo da morte. Relatou que, durante o acidente, ocorreu lesão medular na 7ª vértebra cervical e que devido à falta de conhecimento de primeiros socorros dos profissionais do circo, principalmente movimentos incorretos, houve agravamento do quadro. Primeiro, foi encaminhado para o hospital da cidade onde ocorreu o acidente e posteriormente transferido para hospital em Juiz de Fora, onde ficou internado por doze meses até obter alta hospitalar.

Presença de ferimentos tipo úlceras de pressão, localizados nas regiões: maleolar externa direita e interna esquerda, classificadas de grau II, (ulcera-

ção superficial com perda da camada epidérmica e derme, sem atingir o tecido subcutâneo, presença das bolhas); e sacrococcígea classificada como grau IV – (extensiva destruição com necrose de tecido, danos em estruturas musculares, tendões, ossos e até cápsula sinovial), 8 cm de profundidade em abscesso, 5 cm de largura na maior extensão borda a borda. Ambas adquiridas ao longo do período que esteve internado em hospital público para reparação da vértebra fraturada, além de complicada pela falta de cuidados específicos em casa.

Inicialmente, optou-se pelo Gel de Papaína 2% como cobertura primária e gaze como secundária no tratamento das referidas úlceras, o qual teve início no dia 15 de fevereiro de 2005, com custos assumidos pelos pesquisadores. Passado primeiro mês e observado acelerado processo de cicatrização das lesões menores (maleolares) e inexpressiva evolução satisfatória na lesão da região sacrococcígea, buscou-se introduzir modalidade sintética de coberturas a base de hidrogel.

A papaína é uma enzima proteolítica do látex do mamoeiro *Carica papaya*, indicada como desbridante químico por sua ação bacteriostática, bactericida e antiinflamatória. Composição de enzimas proteolíticas e peroxidases (papaína, quimiopapaína A e B e papayapeptidase). Proporciona alinhamento das fibras do colágeno, promovendo crescimento tecidual uniforme e o processo de cicatrização das feridas. É recomendada em curativos de úlceras de pressão, na concentração de 2% a 10%, a depender do estágio da lesão. A freqüência da troca dos curativos é de 12 a 24 horas. As enzimas limpam a úlcera de pressão tirando a crosta necrótica e sua capacidade infiltrativa [22].

Foi necessário recorrer à utilização do Hidrogel, devido às viagens e estadias de OGS na zona rural, em casa de parentes, enquanto sua irmã e cuidadora principal dedicava-se a resolução de pendências familiares. O hidrogel é um curativo hidroativo, produto industrializado na forma de placa de gel transparente, incolor, composto de 77,7% de água, 20% de propilenoglicol e 2,3% de carboximetilcelulose. Indicado para a remoção de crostas e tecidos desvitalizados e/ou necrosados de ferimentos abertos por meio de desbridamento autolítico. Atentar para a troca de 24 a 72 horas [22] .

Cuidado domiciliar no âmbito da enfermagem

Discorrer sobre cuidado domiciliar sem apresentar exemplo consubstanciado de seu contexto e cotidiano, definitivamente é preservar o mesmismo dos estudos acadêmicos tradicionais. Isto dito, a seguir, apresentamos relato de parte do registro efetuado no diário de campo:

> *OGS, estado vigil, lúcido orientado no tempo e espaço. Respondendo bem as solicitações verbais e bem humorado. Relata que está se sentindo muito bem. Sem queixas álgicas. Relata que, após o acidente, perdeu aproximadamente 40Kg e que está obtendo reposição de peso, após ter iniciado alimentação com suplementos prescritos pelo nutricionista. Refere estar se alimentando bem e que as eliminações estão regulares. Instruímos sobre a importância da ingestão de dieta rica em fibras e, da mesma forma, a ingestão de volume líquido compatível com a regularização do funcionamento intestinal. Sugerimos aproveitar o momento do banho diário para evacuar, orientando sobre técnicas de massagem abdominais específicas. Volume urinário controlado através de 'camisinha' conectada ao coletor urinário, retendo bom volume de aspecto e coloração normais. Relata percepção tátil, em região torácica e abdominal, e acrescenta que realiza mudança de decúbito sozinho quando está na cama de casal. (...) Orientamos e auxiliamos nos cuidados prestados no momento em que estávamos realizando visita, como banho, realização de curativos e mobilização no leito. Curativos das UPs maleolares demonstram excelente fase de cicatrização dos ferimentos, com bom aspecto, sem secreção. Curativo em UP sacrococcígea limpo e seco externamente, lesão apresenta crescente avanço do tecido de granulação das bordas, embora persista eliminação de secreção com aspecto purulento drenada pelo abscesso lateral. Neste último, decidimos que a troca deve ser feita duas vezes ao dia, alternando uso de papaína e hidrocolóide. Sugerimos instalar grade na lateral da cama, devido aos movimentos espásticos involuntários de MMII com risco de queda. (...) Observado que OGS mesmo com as mãos contraídas (fechadas), realiza sua higiene oral, mas por falta de equilíbrio de tronco, queixa-se por estar mal posicionado na cadeira*

higiênica. Orientamos com demonstração do correto posicionamento na cadeira higiênica, alertando para os riscos de se ferir e complicar mais área lesada da UP sacrococcígea. Reforçamos a importância de estabelecer 90 minutos como período para oferecer ajuda nos push ups (levantadinhas do assento, enquanto estiver sentado), esclarecendo prejuízos causados pela falta de vascularização para nutrição e oxigenação da área corporal comprimida. (...) Cliente relata ter iniciado fisioterapia recentemente na clínica-escola da universidade, atividade suspensa em caráter provisório, pois estava requerendo muito esforço de OGS, o que, conseqüentemente, prejudica o processo de cicatrização das UPs. Agora está realizando somente sessões para aplicação de laser na região das lesões, 3 vezes por semana. Mostra-se otimista perante o novo tratamento. (...) Pudemos observar que as recomendações feitas acerca dos cuidados com alimentação, higiene e conforto continuavam a ser caprichosamente implementados por sua cuidadora principal, a irmã MGS. O cliente apresenta-se insatisfeito com a falta do hidrogel, sua irmã reclama do laboratório por se sentir abandonada na reta final do tratamento.(...) OGS mostrou-se muito ansioso e nervoso, não estava se sentindo à vontade durante a visita. Relata sentimento de impotência e muita preocupação com sua irmã que, no momento, encontrava-se no hospital devido à cefaléia, hipotermia e mal-estar, com suspeita de hemorragia interna. Tentamos encorajá-lo quanto ao enfrentamento da situação para que ele restabeleça a calma e possa proporcionar conforto emocional para a família. Oferecemos nossos cuidados, caso a pessoa que está lhe auxiliando precise ausentar-se. Sinas vitais: PA 120x60 mmHg, R 18 irpm/min, T - 36ºC, FC 64 bat/min

Antes de instituir estratégias de cuidados domiciliares voltadas para a cicatrização de úlceras de pressão localizadas na região maleolar e sacrococcígea do cliente, foi necessário levar em conta aspectos estruturais básicos, tanto do ponto de vista dos recursos e materiais indispensáveis ao ato ou procedimento a ser executado, quanto da disponibilidade de cuidadores familiares para assumir compromisso de participar ativamente do processo.

Com efeito, é preciso cuidar das pessoas que cuidam em casa de seus familiares com lesão medular ou daquela tida como inválida [23], freqüentemente expostos ao limiar físico, emocional, mental, espiritual, enfim, a beira de limites extremos de força e resistência para suportar tamanha sobrecarga de tarefas decorrentes da dependência do outro. Situação crítica que requer alternância e compartilhamento de outros familiares e/ou cuidadores remunerados, considerando que as pessoas que cuidam precisam de tempo para descontrair, integrar grupos de sua afinidade, trocar experiências dentro e fora do tema cuidar, viver outras formas de socialização, procurando manter acesa a chama de vida que as coligue com o pulsar do mundo, quiçá com planos e níveis superiores.

Ademais, é fundamental assimilar que não podemos e, tampouco, devemos perder a oportunidade de aprender com pessoas que exercem função de cuidadores de seus entes ou parentes no cotidiano extra-muros institucionais, até porque trata-se de saberes e fazeres com as mesmas características do cuidado de enfermagem, porém exercidos por anônimos sujeitos sociais [24].

Tendo em vista a premente necessidade de cicatrização e recuperação da integralidade cutânea deste cliente, devido às exigências do programa de reabilitação, os envolvidos no estudo agendaram e acompanharam o cliente em consulta e avaliação médica na especialidade de cirurgia plástica (retração de tecido), em caráter de urgência no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Porém, os médicos constataram a espasticidade severa como contra-indicação cirúrgica, argumentando que movimentos involuntários bruscos de MMII poderiam comprometer a disposição dos retalhos tissulares implantados em áreas proximais da lesão.

Sem a opção cirúrgica plástica, buscou-se uma nova abordagem no tratamento das UPs, objetivando agilizar o processo de cicatrização. Esta nova abordagem consiste na utilização de dispositivos industrializados tipo coberturas, como o alginato de cálcio, hidrogel e hidrocolóide, cordialmente cedidos por uma empresa do ramo.

Com efeito, vários são os exemplos de experiências de pesquisa do cuidado de UP nos quais enfermeiros aderem ao uso de novos produtos,

inclusive sintéticos [25-27], com fins de obter cicatrização em ferimentos que tanto comprometem o bem-estar, a socialização, o trabalho e tantos outros aspectos da vida das pessoas com lesão medular, seja cuidando em casa, seja no âmbito hospitalar. Produtos derivados da papaína, colagenase, hidrocolóides, alginato de cálcio, na forma de cremes, pomadas ou coberturas, a cada dia estão se tornando mais habituais nos contextos e ambientes de prática do cuidar institucionalizado de saúde, embora sejam bem maiores seus custos em relação aos tratamentos convencionais [28].

Os hidrocolóides são curativos sintéticos indicados para uso em feridas abertas não infectadas, com leve exsudação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão não infectadas. Compõe-se de duas camadas, a saber: a camada externa contém espuma de poliuretano e serve como barreira mecânica aos gases, líquidos e microorganismos; a camada interna, composta de gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica, com propriedade de absorver exsudatos, manter o pH ácido e o ambiente da ferida úmido, estimulando o desbridamento autolítico e a angiogênese. Deve ser trocado a cada sete dias, dependendo de sua saturação. Contra-indicado para casos de feridas com tecidos desvitalizados, infectadas e queimaduras de terceiro grau [22].

O uso do alginato de cálcio na forma de curativos industrializados a base de polissacarídeo natural, também é recomendado para tratamento de UPs. Composto de polímero natural de ácido algínico, extraído de algas marinhas marrons. Indicado para uso em feridas abertas, sangrantes, exsudativas, infectadas ou não, e lesões com cavidades, onde se objetiva estímulo para rápida granulação. Contra-indicados em feridas sem exsudatos ou com necrose seca e lesões por queimaduras. Necessita de cobertura secundária, que deve ser trocada de 24 e 48 horas ou de acordo com a saturação [22].

O importante é a utilização do produto mais adequado a cada caso em particular, visando o resultado final, com substanciais ganhos em termos de tempo e minimização dos transtornos causados aos clientes, além da economia que se obtém face às despesas com internações prolongadas.

Em cinco meses, testemunhou-se a rápida cicatrização ocorrida, graças à disciplina do cliente, do trabalho de sua cuidadora principal e demais familiares e da iniciativa do pesquisador em reunir outros profissionais que aceitaram compor parte da equipe de pesquisa. Grupo que acreditou na real possibilidade de proporcionar ao cliente condições para acesso, em tempo hábil, ao tratamento no programa de Reabilitação Hospital da Rede Sarah, em Belo Horizonte-MG.

Conclusão

O estudo viabilizou constatar que, durante o tratamento instituído com uso intercalado de Papaína e hidrogel, obtiveram-se resultados satisfatórios, superando as expectativas iniciais, principalmente com relação aos tratamentos anteriores, uma vez que, em apenas cinco meses, houve redução bastante significativa nas medidas das lesões, pois o abscesso produtivo inicial passou de 8 centímetros de profundidade para 2,5 centímetros, sem drenagem de secreção. Foi observado acentuado avanço do tecido granuloso, no sentido bordas para o centro, com sinais expressivos de estímulo ao processo de cicatrização.

Em face da necessidade de a principal cuidadora ausentar-se para resolver pendências domésticas, momentos em que OGS ficava sob cuidados de outros familiares com pouco domínio técnico para executar os procedimentos e residindo na zona rural da cidade, correu-se grande risco de o tratamento ser comprometido. Porém, nessas ocasiões, recorreu-se ao uso de coberturas a base de hidrogel, considerando seu maior tempo para troca dos curativos. Tudo transcorreu de maneira satisfatória, e os ferimentos alcançaram bom estado cicatricional.

Ressaltamos que houve expressiva redução de gastos para a família – em aproximadamente 50% - com relação aos tratamentos anteriores, assim como o reconhecimento dos familiares (cuidadores) e do próprio cliente, que demonstraram satisfação pelos resultados obtidos.

Conclui-se que a Enfermagem muito pode fazer pela reabilitação de pessoas com lesão medular, ainda que apresentem úlcera de pressão e estejam em casa na companhia de familiares cuidadores, basta que seus profissionais abracem a dimensão social que permeia sua prática. É fundamental não perder de vista que grandes desafios apenas serão transcendidos com empenho, dedicação, seriedade, compromisso, daqueles que se predispõem cuidar das necessidades de outros seres humanos.

Finalmente, ressaltamos que os resultados favoreceram parecer indicativo para admissão no programa de reabilitação, resta avaliar posterior-

mente novos ganhos funcionais decorrentes do rico aprendizado que tais programas oferecem aos seus usuários.

Esperamos que o conhecimento produzido neste estudo seja utilizado com outras pessoas com lesão medular e/ou outras lesões neurológicas incapacitantes, vulneráveis às UPs e que necessitam de cuidados de enfermagem específicos em seus ambientes domiciliares, até porque a experiência na área de reabilitação em enfermagem nos credencia afirmar que muitas pessoas e seus familiares passam por situações similares Brasil afora.

Referências

1. Zuñiga GC, Lobos MA, Bustos VR, Pizarro CA; Sandoval RD; Vásquez EN. Incidencia de úlceras por presión en población hospitalizada con factores de riesgo. Bol Hosp Viña del Mar 2006;62(1/2):2-7.
2. Carcinoni M; Caliri MHL; Nascimento MSantos do. Ocorrência de úlcera de pressão em indivíduos com lesão traumática de medula espinhal. Rev Min Enferm 2005; 9(1):29-34.
3. Costa JN da, Lopes MVO. Revisão sobre úlceras por pressão em portadores de lesão medular. Rev RENE 2003;4(1):109-115.
4. Ku JH. The management of neurogenic bladder and quality of life in spinal cord injury. BJU Int 2006;98(4):739-45.
5. Ash D. Sustaining safe and acceptable bowel care in spinal cord injured patients. Nurs Stand 2005;20(8):55-64.
6. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(4):474-80.
7. Cardoso MCS, Caliri MHL, Hass VJ. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. Rev Min Enferm 2004; 8(2):316-320.
8. Riveri LP, Sepúlveda S, Yates C, Hurtado HC, Espinosa NMA, Zúñiga GC, et al. Creación de un comité de prevención y control de úlceras por presión. Rev Hosp Clin Univ Chile 2001;12(3):168-171.
9. Scramin AP. Convivendo com a tetraplegia: da necessidade de cuidados à integralidade no cotidiano de homens com lesão medular cervical [dissertação]. Maringá: Centro de Ciências da Saúde/UEM; 2006.
10. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1990.
11. Santos IE. Textos selecionados de métodos e técnicas de pesquisa científica. 4a ed. Rio de Janeiro: Impetus; 2003.
12. Polit DF, Hongler BP. Nursing research: principles and methods. 3a ed. Philadelphia: Lippincott; 1987.
13. Gonsalves EP. Conversas sobre iniciação à pesquisa científica. 3a ed. Campinas: Alínea; 2003.
14. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética 1996;4(2 Supl):15-25.
15. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
16. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 5th ed. New York: Mc Graw-Hill; 1995.
17. Leite VB, Faro ACM. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação física-motora. Rev Esc Enfermagem USP 2005;39(1):92-6.
18. Machado WCA. Re-educação vésicointestinal: prerrogativa para inclusão da pessoa com lesão medular. Revista Nacional de Reabilitação 2006;40(4):2-8.
19. Pereira Maria José Bistafa, Mishima Silvana Martins, Fortuna Cinira Magali, Matumoto Sílvia. A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. Rev. Latinoam Enfermagem [online]. 2005 Dez [citado 2007 Jan 17]; 13(6): 1001-1010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600013&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-11692005000600013.
20. Vall J, Braga VAB, Almeida PC. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. Arq Neuropsiquiatria. 2006;64(2b):451-5.
21. DeSanto-Madeya S. The meaning of living with spinal cord injury 5 to 10 years after the injury. West J Nurs Res 2006;28(3):265-93.
22. Geovanini T, Oliveira Júnior AG, Palermo TCS, et al. Manual de curativos. São Paulo: Corpus; 2007.
23. Azevedo GR, Santos VLCG. (Handicapped) Caregiver: the social representations of family members about the caregiving process. Rev Latinoam Enfermagem 2006; 14(5):770-80.
24. Machado WCA, Ruffoni LDG, Mello PC, Scramin AP, Souza MF, Araújo GL. Cuidado domiciliário e pessoa com deficiência: a integralidade nas intervenções de enfermagem. Enfermagem Brasil 2005;4(5):298-307.
25. Pereira AL, Bachion MM. Tratamento de feridas: análise da produção científica publicada na Revista Brasileira de Enfermagem de 1970-2003. Rev Bras Enfermagem 2005; 58(2):208-13.
26. Borges EL, Chianca TCM. Tratamentos e cicatrização de feridas: parte II. Nursing (São Paulo) 2000;3(23):25-9.
27. García CF, Salvador MMJ, Román GMJ. Tratamiento de lesiones cutáneas combinando apósitos de hidrofibra e hidrocoloide extra fino. Rev Enferm 2002; 25(2):50-4.
28. Roldán VA, Jaen FP, Ferrer CF, Torra BJE. Decubitus ulcers in the sacrum. Evaluation of a specific hydrocolloid hydro-regulatory dressing. Rev Enferm 1999; 22(3):223-30.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (*Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, *N Engl J Med.* 1997;336(4):309-315) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são resumidas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), http://www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2001.

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3.Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
Jean-Louis Peytavin
Atlantica Editora
Rua da Lapa, 180/1103 - Lapa
20021-180 Rio de Janeiro RJ
Tel: (21) 2221 4164
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

2007

Abril

11 a 12 de abril
V Fórum de Pesquisa em Enfermagem
Escola de Enfermagem da USP
São Paulo, SP
Informações: (11) 3061-7531
E-mail: www.ee.usp.br

12 a 14 de abril
II Encontro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ
Informações: Tel: 2263-5471/2516-9496

18 a 20 de abril
VI Simpósio Tendências em Processos de Esterilização para Instituições
Centro de Convenções Pompéia, São Paulo, SP
(11) 3259-0324 / 3259-4671
E-mail: marcia@pimentelassociados.com.br
www.pimentelassociados.com.br

20 e 21 de abril
III Congresso Médico –
"Prevenção e tratamento de complicações clínicas e cirúrgicas"
II Congresso de Enfermagem –
"Enfermagem baseada em evidência: da experiência à prática"
Hotel Renaissance, São Paulo, SP
Informações: (11) 3340-8255 / 3340-8027

26 a 28 de abril
8o CONSE - Congresso Nacional Sindical dos Enfermeiros
O trabalho da Enfermagem é fundamental para a saúde da população
Porto Alegre, RS
Informações: (51) 3226-5587 SERGS
E-mail: sindenfrs@portoweb.com.br, www.sergs.org.br

29 de abril a 1 de maio
II Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal
Teresópolis, RJ
Informações: enrj@yahoo.com.br

Maio

10 de maio
Reunião Científica da ANENT (Assoc. Nac. de Enf. do Trabalho)
Fundacentro, São Paulo, SP
Informações: (11) 3825-8371

10 a 12 de maio
I Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas
"Feridas têm alma"
Centro de Convenções do Hotel Glória, Rio de Janeiro, RJ
Informação: www.sobenfee.com.br

17 a 19 de maio
Congresso Internacional de Investigação Cientifica em Enfermagem – CIICE
Centro Cultural e de Congressos de Angra do Heroísmo, Univ. dos Açores – Esc. Sup de Enf. de Angra do Heroísmo, Açores, Portugal
Informações: Tel: (00351) 295204400 – (00351) 2952-17627
E-mail: ice.mac@esenfah.pt

28 a 01 de junho
2o Congresso da Assoc. Cearense de Medicina da Família e Comunidade
Fortaleza, CE
Informações: Tel: (21) 2264-5117
www.sbmfc.org. br

Curso de Urgências e Emergências

Enfermagem Brasil – Volume 6 Número 1 – Janeiro/Fevereiro de 2007

Adriana Roloff

Especialista em Terapia Intensiva Adulto Crítico pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra-RS) e em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela PUC-RS, enfermeira do Setor de Educação Permanente do Hospital de Pronto-Socorro de Canoas (HPSC-RS) e enfermeira orientadora técnica das Unidades de Internação do HPSC-RS, ex-professora titular da disciplina de Enfermagem em Cuidado do Adulto I da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestranda em Genética Molecular e Toxicologia pela Ulbra-RS

atlântica editora

ATLÂNTICA educacional

1 **Triagem e gerenciamento de desastres em vítimas de traumas**

2 **Cinemática do trauma**

3 **Atendimento inicial à vítima de trauma**

4 **Atendimento inicial ao paciente queimado**

5 **Atendimento à criança vítima de trauma**

6 **Atendimento na parada cardiorrespiratória: SBV e SAV**

Será feita uma avaliação pós-curso para emissão de certificado pela Atlantica Educacional.

Triagem e gerenciamento de desastres em vítimas de trauma

Uma situação de emergência diz respeito aos cuidados a serem prestados a todos aqueles acometidos por distúrbios orgânicos súbitos como também às vítimas de trauma.

Definição

Há que se definir os termos **emergência** e **urgência**, pois, muitas vezes, eles são confundidos. Segundo Rogers *et al*. [1], **emergência** refere-se a uma "... *situação que necessita de tratamento e/ou avaliação imediatos*", enquanto **urgência** diz respeito a "...*doenças ou ferimentos sérios que necessitam de intervenção e/ou avaliação em 20 minutos a 2 horas*."

Para Freire [2], **trauma** significa quaisquer acontecimentos imprevistos e indesejáveis, que, de forma mais ou menos intensamente violenta, afligem os indivíduos causando algum dano, lesão ou alteração de qualquer tipo. Portanto, a epidemiologia do trauma estuda as formas e as incidências com que este se revela.

O trauma é um reflexo da história do desenvolvimento da humanidade. O aumento progressivo das estatísticas de trauma e a dificuldade de implantar ações preventivas para o controle da morbimortalidade produzida por acidentes e violências devem-se aos problemas socioeconômicos, ao avanço tecnológico e ao desenvolvimento industrial.

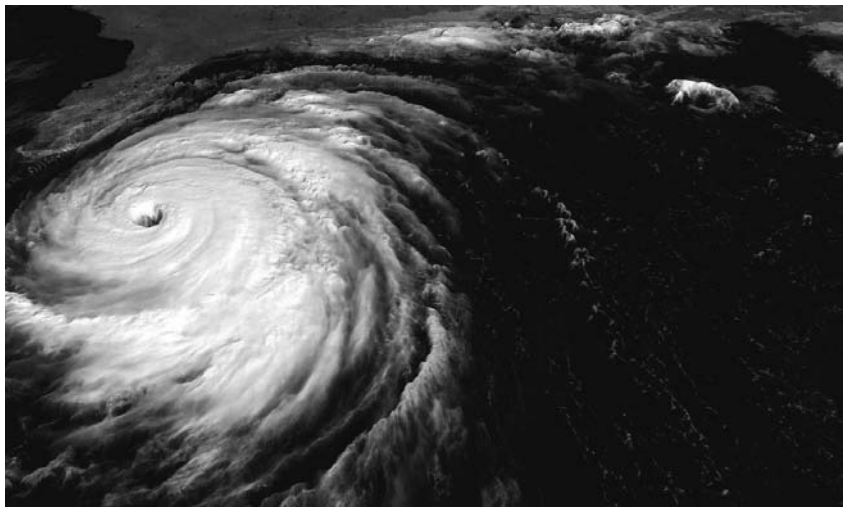
A palavra **triagem** é originária da França (*trier* significa pegar, selecionar ou escolher) e refere-se à seleção e classificação de feridos em um campo de batalha. Atualmente, trata-se de um termo utilizado para uma avaliação direta e rápida de cerca de 100 milhões de pessoas que, a cada ano, buscam atendimento nos departamentos de emergência. Dentro deste conceito, classificamos os pacientes em níveis de atendimento:

- **atendimento de emergência** – pacientes com agravo à saúde (apresentam intercorrência com ameaça imediata à vida) que requerem avaliação médica e/ou tratamento imediatos;
- **urgência** – pacientes com agravo à saúde (apresentam intercorrência com potencial de ameaça à vida) que requerem avaliação médica e/ou início de tratamento num prazo não superior a 1 hora; e
- **não urgência** – pacientes com ferimentos menores e condições não agudas que devem ser encaminhados para um ambulatório de pronto atendimento.

O objetivo desta classificação é hierarquizar o atendimento de pacientes de acordo com o sistema de prioridades, de forma a possibilitar um atendimento rápido e de qualidade ao maior número possível de pacientes. O tratamento prestado deve ser baseado nas prioridades ABCDE, onde:

A. (*airway*) abordagem das vias aéreas e imobilização da coluna cervical;
B. (*breathing*) controle da respiração e ventilação;
C. (*circulation*) circulação e controle de hemorragias;
D. (*debility*) avaliação neurológica; AVDI; e
E. (*exposition*) exposição completa do paciente e medidas para evitar hipotermia.

"O aumento progressivo das estatísticas de trauma e a dificuldade de implantar ações preventivas para o controle da morbimortalidade produzida por acidentes e violências devem-se aos problemas socioeconômicos, ao avanço tecnológico e ao desenvolvimento industrial"



Desastre

É algo que ocorre inesperada ou repentinamente ou de grande proporção danificando e prejudicando o funcionamento das instalações hospitalares e/ou comunitárias. Podem ser causados por fogo, condições atmosféricas/climáticas, explosões, atividade terrorista, epidemias, radiação ou vazamentos químicos, e também como resultado de erro humano (acidentes aéreos, queda de edifícios, etc.).

Para a classificação do evento, podemos dividir o desastre de acordo com o tipo, a evolução e a intensidade do problema.

Classificação do evento		
Tipo	Evolução	Intensidade
Naturais fenômenos sísmicos, meteorológicos (p. ex., terremotos, furacões, tsunamis..)	**Súbita** quando o efeito do evento é percebido agudamente e a sua detecção é precoce; em geral, é do tipo tecnológico	**Pequena** quando ocorre em uma área delimitada; em geral, dentro de um só município
Tecnológicas quando ocorre por ação direta ou indireta do homem (p. ex., vazamentos tóxicos)	**Gradual** quando o efeito do evento tem sua gravidade aumentada progressivamente; em geral, é do tipo natural	**Média** quando abrange mais de um município, porém dentro da mesma região
Mistas quando somam-se os dois fatores (p. ex., rompimento de barragens)	**Somação de efeitos parciais** quando a evolução de um fator complica outro não necessariamente associado (p. ex., alguma inundação que destrói um complexo químico com conseqüente vazamento de produto tóxico)	**Grande** quando abrange todo o estado ou mais

Prevenção do trauma

A prevenção do trauma pode ser classificada como primária, secundária ou terciária:

- **primária:** implica em eliminar totalmente o trauma em si, de tal forma que ele não aconteça. exemplo: grades ou redes de proteção em janelas e piscinas.
- **secundária**: parte do princípio de que a lesão traumática pode ocorrer, mas empenha-se em reduzir a gravidade das lesões.

exemplo: uso de cinto de segurança em automóveis, capacetes em motocicletas, equipamentos de proteção individual (EPIs).

- **terciária:** são medidas para reduzir as conseqüências do trauma, após a sua oorrência.

exemplo: serviços de reabilitação para reduzir as seqüelas.

A epidemia do trauma carece de prevenção. Embora evitável em até 90% dos casos, apenas campanhas isoladas foram encabeçadas pelo poder público. De nada adianta aumentar-se a capacidade assistencial, se a prevalência da doença não for reduzida. De cada 100 pacientes politraumatizados graves, é fundamental considerar que 50% morrem no local do acidente e 20% nos hospitais [3]. Portanto, a melhor forma de redução destes índices é a adoção de uma ação preventiva. O trauma é uma forma de violência social que precisa ser modificada.

No Brasil, o coeficiente de mortalidade (número de casos por 100.000 habitantes) tem aumentado gradativamente nos últimos anos, passando para o segundo lugar nas causas de mortalidade (SID-10), antecedido apenas por doenças do aparelho circulatório.

Os desastres ocorrem sem aviso, portanto, é necessário ter-se o preparo adequado e a previsão do que pode ocorrer para se enfrentar os desafios impostos pela situação, deixando, assim, o sistema de saúde mais preparado. A existência de um plano prévio viabiliza uma resposta rápida e eficaz, contanto que este plano seja conhecido por todos aqueles que irão atuar em diferentes funções.

"De cada 100 pacientes politraumatizados graves, 50% morrem no local do acidente e 20% nos hospitais, e a melhor forma de redução destes índices é a adoção de uma ação preventiva. O trauma é uma forma de violência social que precisa ser modificada"

Planejamento

O planejamento e o preparo para desastres abrange uma vasta gama de recursos humanos e materiais. Incluem-se autoridades locais da segurança (civil e militar) e representantes das agências governamentais encarregadas do controle de explosivos e substâncias perigosas.

O planejamento deverá ter estoques de equipamentos e suprimentos. Em um planejamento, já estarão contemplados acordos prévios com locais que podem receber algumas vítimas do desastre. A equipe deve estar preparada para atender todos os níveis de atendimento, desde os primeiros socorros até o tratamento definitivo.

Embora seja possível contar com um plano governamental de emergência e uma estratégia regional de planejamento de desastres, cada hospital deve ter o seu próprio planejamento, pois as circunstâncias podem exigir o seu funcionamento sem suporte externo. Portanto, é indispensável que o hospital possua um plano de emergência que lhe possibilite:

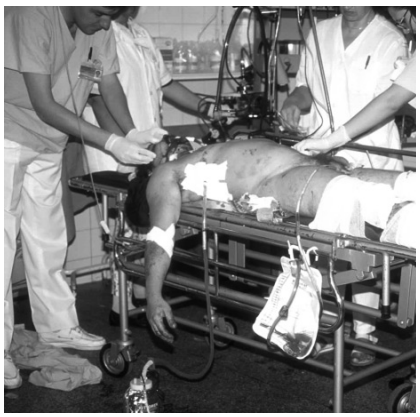
- acolher os feridos;
- manter o seu atendimento normal; e
- evitar o segundo desastre (entendido, aqui, como a insuficiência de recursos humanos e materiais e ausência de coordenação adequada, permitindo uma queda altamente indesejável na qualidade do atendimento e possibilitando a ocorrência de iatrogenia em múltiplos pacientes).

"Embora seja possível contar com um plano governamental de emergência e uma estratégia regional de planejamento de desastres, cada hospital deve ter o seu próprio planejamento"

Procedimentos especiais

Uma vez decretado um estado de desastre, uma série de procedimentos especiais deve ser executada, dentre os quais:

- notificar os profissionais que ali trabalham;
- implantar medidas de segurança;
- instituir um centro de informação pública para comunicação com os familiares e os órgãos de imprensa;
- preparar áreas para realizar triagem e tratamento; e
- verificar os suprimentos (sangue, líquidos endovenosos, medicamentos, alimentos, água, meios de comunicação, energia) e outros itens essenciais para o funcionamento do hospital.



Local do desastre

No local do desastre, deve ser desenvolvida uma grande variedade de ações – aquelas voltadas às questões de infra-estrutura demandam ações de múltiplas naturezas, e cada setor deve realizar o seu plano de ação.

O objetivo do plano de emergência do local do desastre é constituído por:

- isolamento e controle dos efeitos do evento primário;
- resgate e remoção dos feridos do local do evento;
- prestação de atendimento médico pré-hospitalar;
- avaliação da gravidade das vítimas e orientação do local para tratamento;
- realização de ações de transporte das vítimas até os locais de tratamento definitivo;
- administração dos suprimentos do local, determinando a sua suficiência e adequação;
- identificação e registro de todas as vítimas atendidas;
- reunião das informações sobre os atendimentos e relato das mesmas; e
- permissão do acesso da imprensa, respeitando os limites de segurança e a privacidade das vítimas.

Triagem

Quando falamos de desastre de grande proporção, torna-se necessário realizar um inventário dos recursos e equipamentos disponíveis, como a estrutura organizacional. Os desastres, que resultam em múltiplas vítimas, acabam sobrecarregando os recursos locais, dando inicio, assim, a triagem.

Conforme as demandas do desastre, há dois tipos de definição da triagem:

- no primeiro momento, são triadas as vítimas que apresentam lesões mais graves e com risco de vida, sendo atendidos assim como prioridade;
- já em casos em que o desastre resulta em vítimas muito numerosas, a triagem passa a ser orientada para aqueles que apresentam maior capacidade de sobrevivência.

"Os desastres, que resultam em múltiplas vítimas, acabam sobrecarregando os recursos locais, dando inicio, assim, a triagem"

Extra-hospitalar

O serviço de triagem extra-hospitalar é o método mais utilizado no Brasil. São utilizadas cores para identificar a gravidade da vítima. Esta forma de triagem pode ser dificultada por algumas lesões com risco de vida, mas não imediatamente evidentes no local do desastre. A vítima poderá não apresentar lesão evidente, estar deambulando no local ou, até mesmo, recusar tratamento.

A triagem extra-hospitalar também se aplica à classificação dos doentes no próprio local e à escolha do hospital para o qual eles deverão ser encaminhados.

Identificação da gravidade da vítima, segundo as cores utilizadas

Cores	Prioridade
Vermelho	absoluta
Amarelo	relativa
Verde	baixa
Negro	nula

Intra-hospitalar

O serviço de triagem intra-hospitalar deve estar localizado na entrada principal da emergência, por onde chegam diversos pacientes procurando um primeiro atendimento. A triagem costuma ser o primeiro contato de um paciente ou de um seu familiar com o hospital.

Segundo "Practice Standart" (1999), da Emergency Nurse's Association (ENA), a triagem deve ser realizada por um profissional enfermeiro com, no mínimo, seis meses de experiência em emergência. Na chegada do doente ao serviço, a enfermeira, profissional responsável pela triagem, aborda o paciente, cumprimentando-o e abordando o motivo de sua vinda ao serviço de emergência. Durante esta abordagem, a enfermeira já define qual encaminhamento será dado ao doente e, conforme necessário, verifica os seus sinais vitais ou realiza alguma ação previamente estabelecida por protocolos:

- temperatura axilar;
- pressão arterial;
- oximetria de pulso;
- freqüência cardíaca;
- haemoglicoteste;
- peek flow;
- freqüência respiratória;
- anamnese sucinta;
- escala de coma de Glasgow;
- escala analógica da dor; e
- solicitação de ECG.

Estas informações são registradas em formulário próprio de triagem e, após o registro, os pacientes são encaminhados de acordo com a Matriz de Risco Assistencial, avaliando:

- vias aéreas e respiração (obstrução VAS, dispnéia intensa, apnéia);
- circulação e alteração hemodinâmica (PAS < 90mmHg, pulsos periféricos ausentes, sangramento intenso); e
- neurológico (confusão mental, inconsciência, Glasgow < 13, trauma cranioencefálico, paresias, parestesias, plegias, afasia agudas).

A curva da mortalidade por trauma obedece à uma distribuição trimodal:

- **primeiro pico de morte:** segundos até minutos após o acidente; as mortes podem ser causadas por lacerações em tronco cerebral, medulas espinhal altas, lesões de aorta e/ou de grandes vasos com sangramento profuso (50% das mortes no trauma);
- **segundo pico de morte:** minutos a algumas horas após o acidente; evidencia-se, aqui, a importância do atendimento ser prestado na primeira hora que antecede o acidente (a chamada "hora de ouro" – golden hour – do traumatizado); a maior parte das mortes é causada principalmente por hemopneumotórax, lesões de fígado ou baço e fraturas pélvicas com sangramento intenso; estes pacientes são chamados potencialmente salváveis, ou seja, seriam salvos se beneficiados por um sistema de atendimento pré-hospitalar adequadamente planejado e regionalizado (30% das mortes no trauma); e
- **terceiro pico de morte:** dias ou semanas após o acidente; as mortes são decorrentes de infecções ou falências orgânicas; esta fase, na grande maioria das vezes, pode estar comprometida pela qualidade do atendimento inicial prestado (20% das mortes no trauma).

Conclusão

Resumindo, os principais processos que focam o gerenciamento e a triagem das vítimas são:

- avaliação;
- atendimento;
- encaminhamento;
- transferência; e
- tratamento.

Para maximizar a efetividade dos sistemas de trauma, todos os envolvidos devem participar de um processo contínuo de melhoria de qualidade para aumentar a eficiência do sistema, superar as barreiras que dificultam o seu funcionamento adequado e integrar melhor todos os componentes do sistema de trauma.

O sucesso de um bom atendimento é evidente pela sincronia da equipe que o está executando, o tempo pós-acidente em que se inicia o atendimento, os recursos obtidos, o conhecimento do planejamento por todas as áreas. A partir da elaboração e execução de treinamentos e simulados de eventos de desastres, estes fatores podem ser avaliados e melhorados, permitindo, assim, que o plano de enfrentamento seja testado e, conforme necessário, corrigido.

É importante, ainda, resaltar que os custos com os pacientes vítimas de trauma são altos, não esquecendo dos problemas sociais por ele gerados. Apenas como exemplo, ilustramos:

"*Um homem, de 30 anos de idade, profissional ativo e com renda mensal suficiente para a manutenção de sua família, sofre um acidente automobilístico e tem diagnóstico de traumatismo raquimedular (TRM). Fica acamado e dependendo de alguém para prestar-lhe cuidados durante as 24 horas do dia. De que forma a sua família irá manter-se? Como serão adquiridos os medicamentos, equipamentos e materiais necessários para o seu tratamento? Quem irá cuidar dele*?..."

Em relação às vítimas de trauma, a forma mais eficaz de ajuda é investir em prevenção, na tentativa de, assim, proteger vidas, prevenir desastres, reduzir o impacto econômico decorrente do desastre e intensificar a recuperação da vítima.

Referências

1. Rogers JH et al. Enfermagem de emergência: um manual prático. Porto Alegre: Artmed; 1992.
2. Freire E (ed chefe). Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu; 2001.
3. Nazi LA et al. Rotinas em pronto-socorro. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
4. Coelho MJ et al. O socorro, o socorrido e o socorrer: cuidar/cuidados em enfermagem de emergência. Rio de Janeiro: Anna Nery; 1999. p. 50.
5. Ministério da Saúde. Datasus. Brasil. 1998.
6. Hércules HC. Trauma: a doença do século - mecanismo do trauma. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
7. Neto JB, Gomes EG. Trauma: a doença do século - etiologia do trauma. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
8. Pires MJB, Harling SV. Manual de urgências em pronto-socorro. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
9. Pavelqueires S, Marçal AA, Gomes CPL, Otoboni JR. Manobras avançadas de suporte ao trauma e emergências cardiovasculares – MAST. 5a ed. Marilia: Manual do Curso MAST; 2002.
10. Nascimento RI, Prado R, Maris S. Manual do curso de trauma para profissionais de enfermagem. Fürkstool, L. 2005.

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 6 número 2 - Março / Abril de 2007

EDITORIAL

Nossos enfermeiros estão preparados para o século XXI?
Profª. M.Sc. Lucilia Maria Nunes Falcão 75

ARTIGOS ORIGINAIS

Sintomas músculo-esqueléticos apresentados por trabalhadores de enfermagem,
Margareth Henye Mota Marconi, Denise Beretta Barboza,
Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, José Bernardo Rodrigues Ferreira 76

Parto normal: estudo randomizado de posições de parto e implicações para o recém-nascido, Anatália Lopes de Oliveira Basile, Janine Schirmer,
Kátia Elaine Pereira, Leia Nascimento de Souza da Costa 83

A qualidade do atendimento hospitalar na compreensão do idoso,
Teresa Cristina Prochet, Tânia Ruiz 92

As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias,
Sandra Maria Oliveira Caixeiro-Brandão, Silvana Alves de Melo,
Valdecyr Herdy Alves, Bianca Dargam, Cristina Portela da Mota 103

Construção e testagem clínica de instrumentos para a execução da sistematização da assistência de enfermagem na clínica médica de um hospital de ensino, Fernanda Lucas Lopes, Michelle da Silveira
Chapacais Szewczyk, Silvana Sidney Costa Santos, Maria Elizabeth Cestari 111

REVISÃO

A humanização do cuidar na unidade de terapia intensiva: uma proposta essencial, Veralúcia Xavier Leão, Alba Benemérita Alves Vilela, Gesivaldo Santos 120

RELATO DE CASO

Condiloma acuminado como sinalizador de abuso sexual na infância,
Daniela D Gardioli, Dennis C Ferreira, José A Curvelo, André Luiz S Braga,
José A Simões, Mauro R L Passos 127

CURSO DE ENFERMAGEM 2007

Urgências e emergências, Adriana Roloff
II – Cinemática do trauma 131

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 144

CALENDÁRIO DE EVENTOS 145

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª Drª Maria Aparecida de Luca Nascimento (UniRio – Rio de Janeiro)

CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UniRio – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Dulce Dirclair Huf (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)

Rio de Janeiro
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164 / 2517-2749
atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

São Paulo
Rua Teodoro Sampaio, 2550/cj15
05406-200 – São Paulo – SP
Tel: (11) 3816-6192

Recife
Monica Pedrosa Miranda
Rua Dona Rita de Souza, 212
52061-480 – Recife – PE
Tel.: (81) 3444-2083 / 9204-0346
atlanticarecife@atlanticaeditora.com.br

Assinaturas
1 ano: R$ 175,00
Rio de Janeiro: (21) 2221-4164
São Paulo: (11) 3361-5595
Email: melloassinaturas@uol.com.br
Recife: (81) 3444-2083

atlântica editora

Editor executivo
Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Publicidade e marketing
René Caldeira Delpy Jr.
rene@atlanticaeditora.com.br

Gerência de vendas de assinaturas
Djalma Peçanha
djalma@atlanticaeditora.com.br

Editoração e arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Atendimento ao assinante
Vanessa Busson
vanessa@atlanticaeditora.com.br

Redação e administração
Todo o material
a ser publicado
deve ser enviado para
o seguinte endereço:

artigos@atlanticaeditora.com.br
ou
Atlantica Editora - Artigos
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil e MN-Metabólica.***

Fotos da capa: *Hospital de Clínicas de Niterói e UTI do Hospital Unimed São Lucas.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

Nossos enfermeiros estão preparados para o século XXI?

Profa. M.Sc. Lucilia Maria Nunes Falcão

No decorrer dos últimos vinte anos, pude presenciar diversas melhorias na condição de vida dos brasileiros: o desaparecimento da poliomielite, o controle dos casos de sarampo e a melhoria expressiva nos indicadores de mortalidade infantil. Por outro lado, também presenciei o retorno de doenças que andavam esquecidas e nem haviam sido estudadas por mim nos bancos de faculdade, tais como o dengue e a cólera. Ao mesmo tempo, conheci doenças novas como o HIV/AIDS.

Nos dias de hoje, os avanços da ciência e mudanças no perfil das doenças na nossa população têm se processado em um ritmo cada vez mais acelerado. Há vinte anos, a diminuição das mortes por doenças infecto-contagiosas era prioridade. Atualmente, essa realidade é completamente diferente: a mortalidade por causas externas é um problema de saúde pública ao lado das decorrentes de doenças do aparelho circulatório e neoplasias.

Nas atividades em sala de aula, como professora de epidemiologia, sempre reflito com os alunos como a situação atual da saúde do país é vista por eles e de como vislumbram esse cenário no futuro. Ainda, discuto como vêem sua inserção e atuação nesse contexto como futuros enfermeiros. Na maioria das vezes, eles percebem a necessidade premente de se capacitarem adequadamente para lidar com os desafios de saúde da modernidade. Uma realidade na qual coexistem uma transição epidemiológica, marcada por um perfil de alta mortalidade por doenças crônico-degenerativas e, ainda, alto por doenças infecto-contagiosas; uma transição demográfica, onde o aumento na proporção de pessoas da terceira idade é uma realidade e, uma transição nutricional, caracterizada pelas mudanças no padrão alimentar das populações que levaram ao sobrepeso e obesidade. Os alunos, por sua vez, sentem falta da existência de políticas públicas claras para o novo cenário de saúde onde as violências, acidentes, complicações por obesidade, sedentarismo, diabetes, hipertensão e pelo consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas tem cada vez mais importância.

Como todo educador me questiono: Estamos preparando nossos enfermeiros para atuar em um cenário em que ainda vigoram doenças do século XIX em uma sociedade do século XXI? Estamos preparando nossos enfermeiros para serem capazes de aplicar com segurança as ferramentas de trabalho em saúde pública? Estamos preparando nossos enfermeiros para trabalhar em um contexto social em que a promoção da saúde, o trabalho intersetorial, a mobilização e participação comunitária são cada vez mais necessários?

Tenho consciência que não temos como prever todo o cenário da saúde pública para o século XXI, nem de garantir que nossos futuros enfermeiros aplicarão os conhecimentos adquiridos, mas temos como municiá-los com duas habilidades imprescindíveis: a capacidade reflexiva e o pensamento crítico. Como podemos fazer isso? São habilidades que devem ser exercitadas dia após dia, através da participação ativa em aulas expositivas, discussões em sala, trabalhos científicos, pesquisas, vivências, experiências de trabalho comunitário, entre outras. É um trabalho árduo, mas que renderá frutos para uma vida inteira, pois estas habilidades os tornarão capazes de pensar e transformar a realidade de qualquer forma que a mesma se apresente, não somente na área da saúde, mas nas suas próprias vidas!

Artigo original

Sintomas músculo-esqueléticos apresentados por trabalhadores de enfermagem

Margareth Henye Mota Marconi*, Denise Beretta Barboza, M.Sc.**, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, D.Sc.***, José Bernardo Rodrigues Ferreira****

**Acadêmica da 4ª série do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP, **Professora Mestre Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP, **Livre Docente em Enfermagem da FAMERP, ****Médico do Trabalho do Ambulatório Médico do SESMT da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto – FUNFARME*

Resumo

Objetivo: Investigar queixas músculo-esquelética apresentadas por trabalhadores de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, Emergência e Central de Material, e relacionar os sintomas com os notificados no Serviço Especializado de Medicina do Trabalho (SESMT). *Metodologia:* Participaram do estudo 262 trabalhadores de enfermagem, sendo a coleta de dados realizada durante a atividade laborar dos trabalhadores das unidades definidas, em forma de entrevistas. Posteriormente, os sintomas músculo-esqueléticos referidos foram comparados com os registrados por estes trabalhadores no SESMT. *Resultados:* Os trabalhadores de enfermagem são acometidos, principalmente, por afecções da coluna vertebral e de membros inferiores, havendo apenas 18 registros no SESMT dos sintomas existentes, culminando em afastamentos de 1 a 15 dias. *Conclusões:* A subnotificação dos sintomas músculo-esqueléticos apresentados revela que são necessárias medidas preventivas quanto aos problemas ergonômicos relacionados ao processo de trabalho e organização laborar, nas unidades estudadas.

Palavras-chave: trabalhadores de enfermagem, afecções da coluna vertebral, sintomas músculo esquelético.

Abstract

Musculoskeletal symptoms complaints made by nursing workers

Objective: To investigate musculoskeletal symptoms complaints made by nursing workers working in Intensive Care Units, Emergency and Central Supply Rooms, and to relate their symptoms with those notified at the Specialized Service of Occupational Medicine (SSOM). *Methodology:* 262 nursing workers participated in the study. Data collection was accomplished through interviews, while workers, of the studied unities conducted their activities. The referred musculoskeletal symptoms were later compared to those registered by these workers at the SSOM of the hospital where this research was accomplished. *Results:* Nursing workers are mostly affected by affections of the vertebral column and lower limbs. There were only 18 registers at the SSOM concerning the existing symptoms, culminating in medical leaves of 1 to 15 days. *Conclusion:* The subnotification of the musculoskeletal symptoms reveals that preventive measures concerning ergonomic problems related to the working process and the labor organization are necessary, in the studied unities.

Key-words: nursing workers, affections of the vertebral column, musculoskeletal symptoms.

Artigo recebido em 13 de novembro de 2006; aceito em 28 de março de 2007.
Endereço para correspondência: Margareth Henye Mota Marconi, Av. Conceição, 1900 –Vila Soriano - 13333-060 Indaiatuba SP, Tel: (19) 3934-5546, E-mail: meggeenfe@yahoo.com.br

Resumen

Síntomas musculoesqueléticos presentados por trabajadores de enfermería

Objetivo: Investigar quejas presentadas por trabajadores de enfermería que actúan en Unidades de Terapia Intensiva, Salas de Emergencia y Central de Materiales Quirúrgicos, y relacionar sus síntomas con aquellos notificados en el Servicio Especializado de Medicina del Trabajo (SESMT). *Metodología:* Participaron del estudio 262 trabajadores de enfermería, siendo la colecta de datos realizada durante la actividad laboral de los trabajadores de las unidades definidas, en forma de entrevistas. Los síntomas músculo esqueléticos referidos fueron comparados con los registrados en el SESMT. *Resultados:* Los trabajadores de enfermería son acometidos principalmente por afecciones de la columna vertebral y miembros inferiores. Hubo solamente 18 registros, en el SESMT, de los síntomas existentes, culminando en licencias médicas desde 1 hasta 15 días. *Conclusiones:* La subnotificación de los síntomas musculoesqueléticos presentados revela que son necesarias medidas preventivas respecto a los problemas ergonómicos relacionados al proceso de trabajo y a la organización laboral, en las unidades estudiadas.

Palabras-clave: trabajadores de enfermería, afecciones de la columna vertebral, síntomas musculoesqueléticos.

Introdução

Nos últimos anos tem sido bastante discutido, no meio científico, os diferentes aspectos da mecânica corporal no processo de trabalho em hospitais. Os trabalhadores de enfermagem, pelas características das atividades profissionais que executam, são expostos a vários problemas ergonômicos, que interferem na qualidade de assistência prestada e na sua saúde. Sob a coordenação do enfermeiro, as ações de enfermagem são intimamente ligadas ao restabelecimento da saúde e bem estar dos pacientes, mas nem sempre há a preocupação com a saúde dos profissionais desta equipe [1-3].

Os danos à saúde decorrentes do trabalho relacionam-se com as condições inadequadas para a atuação profissional, denominando-se como doenças relacionadas ao trabalho aquelas em que a atividade de trabalho é contributiva para as ocorrências de doenças que afetam os diferentes sistemas corporais ou o aspecto psicológico [4-9]. No âmbito hospitalar tais agravos à saúde são decorrentes de riscos laborais por exposição, intoxicação ou contato com agentes físicos, químicos, biológicos, psicológicos e ergonômicos [4,8-11].

Os fatores organizacionais e o processo de produção são estudados na ergonomia do trabalho, na busca de satisfazer os interesses da empresa e do trabalhador, melhorando suas condições de trabalho e qualidade de vida [12,13]. Os modos de adaptação do trabalhador em seu posto de trabalho incluem as características psicofisiológicas, as posturas físicas adotadas, o mobiliário e os equipamentos disponíveis, visando o bem-estar do profissional e do paciente [3-12].

Os trabalhadores de enfermagem desenvolvem, cotidianamente e de forma repetitiva, ações que exigem força muscular, postura fixa por tempo prolongado, trabalho físico pesado, movimentos freqüentes de torção e flexão da coluna vertebral e manuseio e levantamento de cargas. Em regra, as atividades são associadas à inadequação da organização ambiental, quanto a mobiliário, posto de trabalho, equipamentos usados, manipulação de pacientes, falta de programa de trabalho, insuficiência ou inadequação de materiais, longas distâncias percorridas, desrespeito às necessidades biológicas e horários de alimentação e descanso, entre outros fatores, acarretando vários problemas músculo-esqueléticos [4,14-19].

Os sintomas músculos-esqueléticos mais comumente referidos por trabalhadores da enfermagem são as lombalgias, as entorses, as distensões, as artralgias, as dores nos ombros, joelhos e cotovelo [2,16,17,20], aumentando o índice de absenteísmo nas instituições, além de interferir no cotidiano do próprio trabalhador e do setor de trabalho [18,19]. Deste modo, faz-se necessário o uso constante do conhecimento da ergonomia para garantir tanto a qualidade da assistência quanto a qualidade de vida do trabalhador de enfermagem [3,15,21].

Diante do exposto, este estudo, realizado entre profissionais de enfermagem que atuavam em Unidades de Terapia Intensiva, Emergência e Central de Materiais de um hospital de ensino de grande porte, teve como objetivos: identificar os sintomas músculos-esqueléticos apresentados e verificar os sintomas músculos-esqueléticos notificados por estes profissionais de enfermagem junto ao Serviço Especializado de Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT) da instituição.

Materiais e métodos

Este estudo descritivo-exploratório envolveu a totalidade de profissionais de enfermagem que notificaram sintomas músculo esqueléticos junto

ao SESMT de um hospital de ensino do interior paulista, considerado centro de referência em saúde na região, no Estado de São Paulo e até de outros Estados, em diferentes especialidades na área de saúde, além de ser reconhecido campo de ensino e de pesquisa. As unidades escolhidas para o estudo foram a emergência (Pronto Atendimento), UTIs (Geral, Coronariana, Pediatria) e Central de Materiais, considerando dados da literatura que revelam que nestes locais há maior demanda de atividades que levam a algum comprometimento músculo-esquelético; principalmente por postura inadequada e carga excessiva de trabalho [3,4,14,15,17,18,20].

Antecedendo a coleta de dados, o projeto deste estudo foi encaminhado e aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa, atendendo aos preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos. O quadro de pessoal de enfermagem atuante nas unidades, no período de coleta dos dados, era de 312 trabalhadores, mas consentiram em participar do estudo 262 (84,0%).

A coleta de dados foi realizada durante a atividade laboral dos trabalhadores de enfermagem das unidades definidas, em forma de entrevistas. Posteriormente, os sintomas músculo-esquelético referidos foram comparados com os registrados por estes trabalhadores no SESMT do hospital estudado. Os dados coletados foram agrupados em categorias semelhantes, relacionados segundo os objetivos desta pesquisa e apresentados em Tabelas, abrangendo a caracterização da população entrevistada em relação aos indicadores sociais e relacionados aos problemas ergonômicos no trabalho.

Resultados

Mostra-se na Tabela I a distribuição da população estudada segundo os indicadores sociais, verificando-se que 194 (74%) eram do gênero feminino, 110 (42%) eram casados; 147 (56,1%) tinham de 1 a 3 filhos e faixa etária, principalmente, entre 20 e 29 anos (99 - 37,8%).

Verifica-se na Tabela II que entre os 262 trabalhadores entrevistados 148 (56,5%) atuavam nas Unidades de Terapia Intensiva adulto (UTI SUS, Convênio e Coronariana), com tempo de serviço no hospital de estudo de até 1 ano (60 - 23%) e com jornada semanal de 36 horas, 176 (67,2%).

Os dados da Tabela III mostram que dos 262 trabalhadores de enfermagem entrevistados, 111 (42,4%) referiram afastar-se do trabalho por motivo de licença saúde e, destes, 33 (29,7%) referiram ser por motivo relacionado a agravos músculo-esqueléticos, com tempo de afastamento de 1mês a 6 meses (33 - 29,7%). Os problemas categorizados como diversos foram: acidente de trabalho, licença gestante, cirurgia plástica, alergias e conjuntivite.

Tabela I - Identificação da equipe de enfermagem segundo categoria profissional. São José do Rio Preto, 2005.

Dados de identificação	**Categoria profissional**								**Total**	
	E		TE		AX		AT		N	%
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Sexo	1	30	8	14	59	149	-	1	262	100,0
Estado civil										
Casado	-	9	4	5	24	68	-	-	110	42,0
Solteiro	1	19	3	5	27	44	-	-	99	37,8
Outros	-	2	1	4	8	37	-	1	14	5,3
Faixa etária										
20 a 29	-	17	3	4	26	49	-	-	99	37,8
30 a 39	1	11	3	6	16	54	-	-	91	34,7
40 a 49	-	1	2	3	15	37	-	1	59	22,5
50 a 59	-	1	-	1	1	9	-	-	12	4,6
60 anos	-	-	-	-	1	-	-	-	1	0,4
Nº de filhos										
0	-	21	4	6	31	50	-	-	112	42,7
1 a 3	1	9	4	8	26	98	-	1	147	56,1
5 a 6	-	-	-	-	2	1	-	-	3	1,2
Total	**1**	**30**	**8**	**14**	**59**	**149**	**-**	**1**	**262**	**100,0**

E = Enfermeiro; TE = Técnico de Enfermagem, AX = Auxiliar de Enfermagem, AT = Atendente de Enfermagem; M= Masculino, F= Feminino; Outros= Divorciado, Separado, Noivo.

Conforme Tabela IV, 203 (77,5%) trabalhadores deste estudo referiram sintomas osteomusculares, principalmente em membros inferiores (58 - 28,6%), seguido de coluna vertebral e membros superiores (52 - 25,6%). O tempo de percepção dos sintomas músculo-esquelético foi entre 1 ano a 7 anos, (135 - 66,5%).

Na Tabela V observa-se que foram registrados no SESMT 18 afastamentos envolvendo trabalhadores de enfermagem das unidades campo de pesquisa, caracterizados como do sexo feminino, 9 (50%), casados 9 (50%), com idade entre 31 e 40 anos, 8 (44,5%), com tempo de atuação no hospital campo de estudo de 11 a 15 anos, 14 (77,8%), e tempo de afastamento de 1 a 15

Tabela II - Caracterização do trabalho da equipe de enfermagem. São José do Rio Preto, 2005.

Dados do trabalho	Categoria profissional								Total	
	E		TE		AX		AT		N	%
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Unidade										
CME	-	2	-	-	3	37	-	1	43	16,4
PA	1	3	-	2	12	4	-	-	22	8,4
UTI Convênio	-	6	4	3	14	22	-	-	49	18,7
UTI Coronariana	-	5	2	-	14	23	-	-	44	16,8
UTI Neonatologia	-	3	-	-	-	20	-	-	23	8,8
UTI Pediátrica	-	4	-	1	2	19	-	-	26	9,9
UTI SUS	-	7	2	8	14	24	-	-	55	21,0
Tempo de serviço (em anos)*										
0 a 1		9	-	1	16	34	-	-	60	23,0
2 a 3		6	3	3	8	24	-	-	44	16,8
4 a 5		5	3	5	10	16	-	-	39	14,8
5 a 6		5	1	-	6	11	-	-	23	8,8
7 a 8	1	4	-	-	6	23	-	-	34	13,0
9 a 10		-	-	-	8	12	-	-	20	7,6
11 a 28		1	1	5	5	29	-	1	42	16,0
Jornada semanal										
36 horas	-	22	5	8	37	103	-	1	176	67,2
40 horas	-	3	-	1	4	5	-	-	13	4,9
44 horas	-	1	-	-	-	4	-	-	5	1,9
Não sabe	1	4	3	5	18	37	-	-	68	26,0
Total	**1**	**30**	**8**	**14**	**59**	**149**	**-**	**1**	**262**	**100,0**

E = Enfermeiro, TE = Técnico de Enfermagem, AX = Auxiliar de Enfermagem, AT = Atendente de Enfermagem; M = Masculino, F = Feminino; CME = Central de Material Esterilizado, PA = Pronto Atendimento, UTI = Unidade de Terapia Intensiva, UTI SUS = Unidade de Terapia Intensiva Sistema Único de Saúde.

Tabela III - Afastamento do trabalho segundo categoria profissional da equipe de enfermagem. São José do Rio Preto, 2005.

Afastamento do trabalho	Categoria profissional								Total	
	E		TE		AX		AT		N	%
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Motivo										
Diversos	-	8	2	1	17	49	-	1	78	70,3
Músculo-esquelético	-	2	-	6	6	20	-	-	33	29,7
Tempo de afastamento										
2 a 7 dias	-	2	1	3	6	15	-	-	27	24,3
8 a 15 dias	-	3	1	2	7	18	-	-	31	28,0
16 dias a 1 mês	-	-	-	-	1	1	-	-	2	1,8
1 mês a 6 meses	-	1	-	1	8	22	-	1	33	29,7
6 meses a 1 ano	-	2	-	-	-	2	-	-	4	3,6
> que 1 ano	-	-	-	-	-	3	-	-	3	2,7
Não responderam	-	2	-	-	1	8	-	-	11	9,9
Total	**-**	**10**	**2**	**6**	**23**	**69**	**-**	**1**	**111**	**100,0**

E = Enfermeiro, TE = Técnico de Enfermagem, AX = Auxiliar de Enfermagem, AT = Atendente de Enfermagem; M = Masculino; F = Feminino.

dias. Em relação à unidade de lotação em 13 (72,2%) havia tal anotação, a maioria (9- 69,2%) de trabalhadores da UTI do SUS. Analisando os afastamentos, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID)–10, foram obtidas 27 ocorrências, lembrando-se que os trabalhadores poderiam apresentar mais de um CID como motivo de afastamento, prevalecendo a dorsalgia - M 54 (9 - 33,3%).

Discussão e resultados

Os dados obtidos, neste estudo, quanto à caracterização social da equipe de enfermagem estudada, são semelhantes a outros estudos que destacam a enfermagem como profissão exercida, predominantemente por mulheres e que as profissionais casadas são expostas a condições de saúde mais deficientes, por agregar atividades domésticas e laborais [4,6,8,19,21].

Os sintomas osteomusculares em mulheres podem estar associados com as atividades domésticas [17], culminando em dupla jornada (atividade do lar e laboral), acarretando a sobrecarga nas condições funcionais da mulher [23]. Dados de alguns estudos mostram que queixas de dorsalgias são maiores na faixa etária entre 40 e 45 anos, podendo atingir idades mais precoces, acometendo principalmente trabalhadores com menor grau de qualificação profissional e reduzida capacidade para o trabalho [7,17].

Na revisão da literatura, verificou-se que a atividade laboral de enfermagem em UTIs apareceu como a que expõe os trabalhadores a vários riscos ocupacionais, principalmente biológicos e ergonômicos, decorrentes do processo de trabalho e de situações de emergência [9]. Por outro lado, as unidades de UTI são destacadas por ter melhor organização ambiental, devido ao ambiente de trabalho refrigerado, melhor estrutura física, acesso a equipamentos modernos e melhor dimensionamento de pacientes por trabalhador [7].

O tempo de serviço dos trabalhadores envolvidos nesta pesquisa mostrou que a maioria estava inserido na profissão há menos de 1 ano (23%), o que diverge de

Tabela IV - Caracterização de sintomas músculo-esquelético referidos por trabalhadores de enfermagem. São José do Rio Preto, 2005.

Sintomas músculo esquelético	Categoria profissional								Total	
	E		TE		AX		AT		N	%
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Parte do corpo										
Coluna	-	6	2	3	8	23	-	-	42	20,7
CC	-	-	-	-	-	3	-	-	3	1,5
CC e membros	-	-	-	-	-	3	-		3	1,5
CL	-	2	1	-	2	4	-	-	9	4,4
CL e membros	-	-	1	1	2	10	-	-	14	6,9
Coluna e membros	1	3	-	4	10	33	-	1	52	25,6
MMII	-	8	1	3	9	37	-	-	58	28,6
MMSS	-	-	-	1	-	9	-	-	10	4,9
MMSS/MMII	-	-	-	-	1	8	-	-	9	4,4
Não responderam	-	2	-	-	-	1	-	-	3	1,5
Tempo de percepção da dor										
10 dias	-	-	-	-	-	1	-	-	1	0,5
1 mês a 6 meses	-	5	-	1	4	21	-	-	31	15,3
7 meses a < 1 ano	1	1	-	-	1	-	-	-	3	1,5
> 1 ano a 7 anos	-	8	4	9	21	92	-	1	135	66,5
8 anos a 15 anos	-	4	1	2	6	13	-	-	26	12,8
> 15 anos	-	1	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Não responderam	-	2	-	-	-	4	-	-	6	2,9
Total	**1**	**21**	**5**	**12**	**32**	**131**	**-**	**1**	**203**	**100,0**

E = Enfermeiro, TE = Técnico de Enfermagem, AX = Auxiliar de Enfermagem, AT = Atendente de Enfermagem; M = Masculino, F = Feminino; CC = Coluna Cervical, CL = Coluna Lombar, MMII = Membros Inferiores, MMSS = Membros Superiores.

Tabela V - Afastamentos de trabalhadores de enfermagem por sintomas músculo-esqueléticos registrados no SESMT. São José do Rio Preto, 2004.

Dados de identificação	Categoria profissional								Total	
	E		TE		AX		AT			
	M	F	M	F	M	F	M	F	N	%
Sexo										
	-	1	-	2	4	9	-	2	18	100,0
Estado civil										
Casado	-	-	-	1	3	4	-	1	9	50,0
Solteiro	-	1	-	-	1	3	-	1	6	33,3
Outros	-	-	-	1	-	2	-	-	3	16,7
Faixa etária										
21 a 30	-	1	-	-	-	-	-	-	1	5,6
31 a 40	-	-	-	1	1	7	-	-	9	50,0
41 a 50	-	-	-	-	3	1	-	1	5	27,7
51 a 60	-	-	-	1	-	1	-	1	3	16,7
Tempo de serviço										
0 a 5 anos	-	1	-	1	-	2	-	-	4	22,2
6 a 10 anos	-	-	-	-	3	3	-	-	6	33,3
11 a 15 anos	-	-	-	1	1	4	-	2	8	44,5
Tempo de afastamento										
1 a 15 dias	-	1	-	2	3	8	-	-	14	77,8
> 15 dias	-	-	-	-	1	1	-	2	4	22,2
Total	**-**	**1**	**-**	**2**	**4**	**9**	**-**	**2**	**18**	**100,0**

E = Enfermeiro, TE = Técnico de Enfermagem, AX = Auxiliar de Enfermagem, AT = Atendente de Enfermagem; M = Masculino, F = Feminino.

outros estudos, com predomínio de tempo de trabalho na enfermagem superior a 3 anos [5,7,18]. Sobre a jornada de trabalho é coincidente com o que usualmente ocorre nas instituições de saúde, com 36 a 40 horas semanais, em turnos de 6 horas, divididos entre manhã e tarde e de 12 horas para o noturno [6,7].

A literatura aponta as desordens osteomusculares como um importante problema de saúde pública, e também, como uma das maiores causas de absenteísmo nos trabalhadores de enfermagem [4,5,7,19,17,22,24], acarretando sérios problemas pessoais, sociais e econômicos. Os afastamentos por longos períodos do trabalho são ressaltados por interferirem no andamento do trabalho em equipe, por acarretar sobrecarga, prejudicando a qualidade da assistência prestada ao cliente [4]. Geralmente, os sintomas músculo-esquelético acometem profissionais com baixa capacidade para o trabalho e que desenvolvem atividades diretamente ligadas ao paciente que exigem maior esforço físico [7,22].

Os fatores de risco apontados como relacionados com a sensibilidade dolorosa envolvendo o aparelho músculo-esquelético são: esforço físico [9,16], falta de adequação aos critérios antropométricos e ergonômicos no ambiente de trabalho [4,16], levantamento e manipulação de pesos excessivos e repetitivos, cargas, posturas inadequadas, manutenção de uma mesma postura por longo tempo, tensão e trauma direto [14]. Outro fator importante é o tempo de percepção dos sintomas, mostrando que podem ter característica episódica, aguda ou aparecer de maneira insidiosa, correlacionados com traumas acumulativos, levando a um tempo prolongado até percepção dos sintomas [17].

Na análise dos registros dos trabalhadores no SESMT ficaram evidentes deficiências, quando comparadas a informações fornecidas pelos trabalhadores entrevistados, o que pode estar associado ao fato de todo o sistema ser manual dificultando sua atualização. Ficou evidenciado que várias informações fornecidas pelos trabalhadores não eram compatíveis com as encontradas durante a coleta de dados, havendo subnotificação dos sintomas músculo-esquelético apresentados pelos trabalhadores de enfermagem. Alguns autores destacam que a subnotificação se deve à falta de informação sobre como denunciar e registrar tais sintomas, além de falta de comprometimento da empresa e do trabalhador em reconhecerem que as afecções decorrentes do trabalho trazem conseqüências à saúde [6,7].

Alguns estudos apontam que o tempo de afastamento das licenças por problemas osteomuscula-

res foi menor que 15 dias, enquanto neste estudo a duração do afastamento variou de 1 a 15 dias [4,5,17]. Ressalta-se que dos quatro trabalhadores de enfermagem que tiveram tempo de afastamento maior que 15 dias, dois ainda estão afastados de suas atividades laborais, sem previsão para retorno.

Conclusão

Os resultados obtidos nesta pesquisa revelam a grande ocorrência de sintomas músculo-esqueléticos entre trabalhadores de enfermagem que atuam em UTIs, Emergência e Central de Materiais do hospital campo de estudo, mas poucos registram a ocorrência, que tem levado a licenças com afastamentos principalmente entre 1 a 15 dias, demonstrando uma subnotificação de queixas desta natureza. Constatou-se que os profissionais de enfermagem incluídos neste estudo estavam muito expostos a problemas ergonômicos, exigindo a proposição e implementação de medidas preventivas para diminuir as ocorrências de problemas músculo-esqueléticos decorrentes das atividades laborais.

Referências

1. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 01-12.
2. Gurgueira GP, Alexandre NMC, Filho HRC. Prevalência de sintomas músculo-esquelético em trabalhadores de enfermagem. Rev Latinoam Enfermagem 2003; 11(5):608-613.
3. Benito GAV, Gontijo LA. A ergonomia cognitiva: um referencial de análise na arte do cuidar em enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem 1996;5(1):111-129.
4. Marziale MHP, Carvalho EC. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidades de internação em cardiologia. Rev Latinoam Enfermagem 1998;6(1):99-117.
5. Neto OBD. Estudo sobre carga de trabalho e processo de desgaste das auxiliares de enfermagem de um hospital Universitário de Pernambuco [dissertação]. Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
6. Araújo MRN. Considerações sobre a salubridade do trabalho dos enfermeiros no hospital das clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.
7. Hennington EA, Raffone AM. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. Rev Saúde Pública 2005;39(4):669-76.
8. Barboza DB. Afastamentos do trabalho na enfermagem de um hospital geral no período de 1995 a 1999 [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2001.
9. Benatti MCC, Nishide VM. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. Rev Esc Enfermagem USP 2004;38(4):406-14.
10. Barbosa A. Hospitais: fonte de saúde ou de riscos? Rev Saúde Dist Fed 1995;6 (1,2):32-6.
11. Guimarães RM, Mauro CCC, Mauro MYC, Muzi CD. Riscos ocupacionais em saúde. Rev Enfermagem UERJ 2004;12:338-45.
12. Erdmann AL, Benito GAV. A ergonomia como instrumento no processo de trabalho de enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem 1995;4(1):41-46.
13. International Ergonomics Association. Definição internacional de ergonomia. Revista da Associação Brasileira de Ergonomia 2000;1(1):3-4.
14. Alexandre NMC, Gallasch CH. Avaliação dos riscos ergonômicos durante a movimentação e transporte de pacientes em diferentes unidades hospitalares. Rev Enfermagem UERJ 2003;11: 252-60.
15. Alexandre NMC, Moraes MAA. Proposta educativa com enfoque ergonômico para auxiliar na prevenção de lesões músculo-esqueléticas na equipe de enfermagem. Rev Bras Enfermagem 1998;51(4):629-642.
16. Silva VEF, Kurcgant P, Queiroz VM. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. Rev Bras Enfermagem 1998; 51(4):603-614.
17. Alexandre NMC. Aspectos ergonômicos relacionados com o ambiente e equipamentos hospitalares. Rev Latinoam Enfermagem 1998;6(4):103-109.
18. Alexandre NMC, Benatti MCC. Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Rev Latinoam Enfermagem 1998;6(2):65-72.
19. Alexandre NMC, Cornélio ME. Avaliação de uma cadeira de banho utilizada em ambiente hospitalar: uma abordagem ergonômica. Congresso Brasileiro de Enfermagem 56, Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato eletrônico]; Gramado, RS, Brasil, Porto Alegre: ABEn-RS; 2004 out. [citado 2005 Mar 1]; Disponível em: URL: <http://abennacional.org.br>.
20. Radovanovic CAT, Bruno LV, Venturini DA, Leão EP. Prevalência de afecções músculo-esqueléticas em profissionais de enfermagem. Congresso Brasileiro de Enfermagem 56, Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem [livro em formato eletrônico]; Gramado, RS, Brasil, Porto Alegre: ABEn-RS; 2004 out. [citado 2005 Mar 1]; Disponível em: URL: <http://abennacional.org.br>.
21. Parada EO, Alexandre NMC, Benatti MCC. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(1):64-9.
22. Mauro MYC, Marques SC, Gomes AMT, Ferreira SS. Introdução à análise ergonômica: um estudo da postura corporal de um profissional da enfermagem. Rev Enfermagem UERJ 2002;10(1):29-32.
23. Alexandre NMC, Barros ENC. Cross-cultural adaptation of nordic musculoskeletal questionnaire. Int Nurs Rev 2003;50(2):101-108.
24. Alexandre NMC, Monteiro MS, Rodrigues CM. Doenças músculo-esqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde. Rev Esc Enfermagem USP 2005;40 (1):20-5.

Artigo original

Parto normal: estudo randomizado de posições de parto e implicações para o recém-nascido

Anatália Lopes de Oliveira Basile, D.Sc.*, Janine Schirmer, D.Sc.**, Kátia Elaine Pereira***, Leia Nascimento de Souza da Costa****

**Coordenadora do curso de Pós-graduação Lato-sensu em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP, Gerente de Enfermagem do Pronto Socorro e Maternidade Itapecerica da Serra – SP, **Consultora da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Livre Docente do Departamento de Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, ***Aluna de Pós-graduação Enfermagem Obstétrica Lato-Sensu do Centro Universitário Adventista de São Paulo – Campus I – UNAS, ****Aluna de Pós-graduação enfermagem Obstétrica Lato-Sensu do Centro Universitário Adventista de São Paulo – Campus – I – UNAS, Enfermeira do Hospital Santa Catarina*

Resumo

Trata-se de um estudo clínico randomizado sobre os resultados neonatais de Apgar, pH de artéria de cordão umbilical e presença de circular de cordão umbilical nas posições lateral-esquerda e semi-sentada. Os objetivos deste estudo foram: avaliar as posições lateral-esquerda e semi-sentada no parto normal com os resultados neonatais de Apgar e pH de artéria de sangue umbilical; verificar associação do pH de artéria do cordão umbilical em relação a circular de cordão umbilical e verificar, também, associação de pH de artéria de cordão umbilical e Apgar no 1º minuto de vida. Este estudo foi realizado com 158 nulíparas de baixo risco, sendo 81 mulheres no grupo 1 experimental lateral-esquerda e 77 no grupo 2 controle vertical semi-sentada em Centro de Parto Normal do Hospital de Itapecerica da Serra. Os resultados mostraram não haver diferença estatisticamente significante para as variáveis: cor, idade, ocupação, presença de circular de cordão umbilical, Apgar e pH de artéria de cordão umbilical. Para ambos os grupos, o Apgar < 7 foi menos freqüente, entretanto, não foi estatisticamente comprovado. Em ambas as posições do grupo experimental e controle são favoráveis a pH > 7,10. A circular de cordão umbilical não teve associação estatisticamente significante com o pH de artéria umbilical. Verificou-se não haver associação estatisticamente significante entre o pH de artéria de cordão umbilical e a presença de circular de cordão umbilical frouxa. Foi encontrada associação estatisticamente significante ($p < 0,05$) entre pH de artéria umbilical acima de 7,29 e Apgar no 1º minuto de vida. Concluiu-se que o parto normal de baixo risco é viável em ambas as posições, com ou sem a presença de circular de cordão umbilical.

Palavras-chave: postura, apgar, pH, cordão umbilical.

Artigo recebido em 20 de março de 2007; aceito em 11 de abril de 2007.
Endereço para correspondência: Kátia Elaine Pereira, Rua Cambará do Sul, 88, Chácara Guarapiranga, 06855-110 Itapecerica da Serra SP, Tel: (11) 47752047, E-mail: katianursing_21@hotmail.com

Abstract

Randomized study of childbirth position and implications for newborn

The study is about a randomized clinical case regarding the neonatal results of Apgar, umbilical cord artery pH and, also, the presence of circular of umbilical cord in the lateral-left and semi-seated positions. The aims of this study were: evaluate the lateral-left and semi-seated positions in the natural parturition with the neonatal Apgar results and the pH from the blood artery of the umbilical cord; verify the association between the umbilical cord artery pH and the circular of umbilical cord; verify the association between the umbilical cord artery pH and Apgar in the first minute of life. This study was accomplished with one hundred and fifty eight nulliparous volunteers at low risk. Eighty one women in the experimental lateral-left in group one, and seventy seven on the vertical semi-seated in group two, in the Natural Parturition Centre in the Itapecerica da Serra Hospital. The results demonstrated that there was no significant difference for the following variables: color, age, occupation and presence of circular of umbilical cord, Apgar and pH artery from umbilical cord. It was concluded that for both group, the Apgar < 7 was less frequent, however, not statistically proved. Both positions from the experimental and control groups are inclined to a pH > 7.10. The circular of the umbilical cord had no statistically significant association with the umbilical artery pH and presence of circulating within the umbilical cord artery. It was found statistically significant association (p > 0,05) between pH of umbilical artery about of 7,29 and Apgar in first minute of life. It was concluded that the normal childbirth at low risk is viable in both positions with or without the presence of circular of umbilical cord.

Key-words: posture, Apgar, pH, umbilical cord.

Resumen

Estudio randomizado de la postura de parto e implicaciones para el recién nacido

Se trata de un estudio clínico randomizado con respecto a los resultados neonatales de Apgar, pH de arteria de cordón umbilical y la presencia de circular de cordón umbilical en las posiciones lateral izquierda y semi sentada. Los objetivos de este estudio fueron los siguientes: evaluar las posiciones lateral izquierda y semi sentada en el parto normal con los resultados neonatales de Apgar y pH de sangre de arteria umbilical; verificar asociación de pH de arteria de cordón umbilical en relación a la circular de cordón umbilical y verificar, también, asociación de pH de arteria de cordón umbilical y Apgar en el primer minuto de vida. Este estudio fue realizado con ciento cincuenta y ocho nulíparas de bajo riesgo. Ochenta y una mujeres en el grupo 1 experimental lateral izquierdo y setenta siete en el grupo 2 control vertical semi sentado en el Centro de Parto Natural del Hospital de Itapecerica da Serra. Los resultados apuntan no haber diferencia estadísticamente significativa entre las variables: color, edad, ocupación y la presencia de circular de cordón umbilical, Apgar y pH de arteria de cordón umbilical. Para ambos grupos el Apgar < 7 fue menos frecuente, pero, no fue estadísticamente comprobado. En ambas posiciones del grupo experimental y control son favorables pH > 7.10. La circular de cordón umbilical no tuvo significado estadístico al hacer comparición con pH de arteria umbilical. Se verificó que no hubo asociación estadísticamente significante entre el pH de arteria de cordón umbilical y la presencia de circular de cordón umbilical flácido. Se observó asociación estadística significativa (p < 0.05) entre pH de arteria umbilical alrededor de 7.29 y de Apgar en el primer minuto de vida. Se concluye que el parto normal de bajo riesgo es viable en ambas posiciones con o sin la presencia de circular de cordón umbilical.

Palavras-clave: postura, Apgar, pH, cordón umbilical.

Introdução

Embora a Organização Mundial de Saúde classifique como prática claramente prejudicial ou ineficaz a posição de litotomia de rotina no parto, devido ao comprometimento da circulação materno fetal [1], a mesma tem sido a mais utilizada em hospitais brasileiros e americanos, desde a institucionalização do processo do parto.

Dentre outras posições, no parto encontra-se a lateral esquerda (LE) e a vertical, sendo esta última, de acordo com Sabatino [2] e Rezende [3], a mais utilizada entre as não convencionais.

Observa-se, em Centro Obstétrico, que trabalho de partos são encaminhados para cirurgia cesária com freqüência devido à existência de circular de cordão umbilical. Entretanto, em centro de parto normal, verifica-se a ocorrência de parto normal na presença de circular de cordão, e o RN nascer com Apgar maior que sete, em posições como vertical semi-sentada e lateral-esquerdo [4].

O pH do sangue de artéria do cordão umbilical é o que revela de maneira exata a condição de oxigenação fetal, pois procede diretamente do feto para a placenta. Em contra partida, o sangue de veia umbilical procede da placenta para o feto [3].

Johnson [5] já descrevia que não era aconselhável adquirir um resultado do pH somente a partir do sangue de veia umbilical, pois ele pode estar normal quando o pH de artéria umbilical está alterado. Por este motivo foi estudado, nesta pesquisa, o pH de artéria umbilical, relacionado à posição de parto.

A importância do presente estudo encontra-se na possibilidade de trazer para a prática dos profissionais, que atuam diretamente na assistência ao parto, o conhecimento do manejo das duas posições, dos riscos e benefícios, para fundamentar a decisão de utilizá-las ou não e poder ajudar a mulher a fazer uma escolha livre e esclarecida da sua posição preferida no parto, principalmente na presença de circular de cordão umbilical.

Neste estudo foi questionado sobre o parto nas posições lateral esquerda e semi-sentada e os resultados neonatais de pH de artéria de cordão umbilical, Apgar e a presença de circular de cordão em alguns casos.

Objetivos

- Avaliar as posições lateral-esquerda e semi-sentada no parto normal, com os resultados neonatais de Apgar no 1º e 5º minutos de vida, pH de artéria de sangue umbilical e circular de cordão umbilical.
- Verificar a associação da circular de cordão umbilical em relação ao pH de artéria de cordão umbilical.
- Verificar a associação de pH de artéria de cordão umbilical e Apgar no 1º minuto de vida.

Materiais e métodos

Tratou-se de um estudo experimental, do tipo ensaio clínico randomizado, de partos normais sem distócias, sobre a utilização da posição lateral-esquerda e vertical semi-sentada, considerando o pH de artéria de cordão umbilical, e o Apgar de recém-nascido no 1º e 5º minutos de vida, na presença de circular de cordão umbilical. Este estudo é parte de pesquisa de doutorado [4]. O mesmo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), também foi apresentado e autorizado pela superintendência do Hospital Geral de Itapecerica da Serra.

A população conta de mulheres nulíparas atendidas em Centro de Parto Normal. Os critérios de inclusão da amostra foram: nulíparidade, gestação de termo (de 37 semanas completas a 41 e 6 dias), calculadas pela data da última menstruação e/ou pelo resultado da ultra-sonografia precoce, feto único e vivo, em apresentação cefálica fletida, altura uterina de até 34 centímetros no momento da internação, dilatação cervical de 4 a 8 cm, ausência de doença materna e fetal, segundo período clínico do parto ≤ 150 minutos.

A amostra foi estimada por meio de cálculo de tamanho amostral, considerando a população estimada no período de 1 de julho a 31 de dezembro de 2000, quando ocorreram 1.707 partos normais, sendo 724 de nulíparas, dessas 347 deram à luz em posições não convencionais e 377 em convencional (posição de litotomia).

Para cálculo do tamanho da amostra (n) foi utilizada a fórmula para a comparação de duas proporções para populações finitas [6].

Fórmula:

$$n = \frac{\frac{\sigma^2 pq}{e^2}}{1 + \frac{1}{N}\left(\frac{\sigma^2 pq}{e^2} - 1\right)}$$

Onde:

σ Nível de confiança escolhido (nº de desvios-padrão = 2)

p = Percentagem com a qual o fenômeno se verifica

p = nº de mulheres na posição não convencional dividido pelo nº total de nulíparas = 347 / 724 = 0,48

q = percentagem complementar (q = 1- p =1 -0,48 = 0,52)

N = tamanho da população (N = 724)

e^2 = erro máximo permitido (e= 0,05)

Aplicando essa fórmula, e assumindo um erro de 0,05 temos que n = 158.

Para a formação dos grupos de estudo, a amostra de 158 nulíparas foi dividida aleatoriamente para compor o grupo experimental e o controle. Para evitar tendenciosidade na aferição do desfecho sobre o estudo, foi utilizada a técnica de mascaramento.

Assim, a posição de parto a ser adotada não foi conhecida, nem pela parturiente, nem pela enfermeira obstetra durante o período de dilatação. O sorteio das posições ocorreu no início do período expulsivo ou segundo período clínico do parto, com dois papelotes idênticos e fechados, contendo em cada um, ou a indicação da posição lateral-esquerda

– LE ou a vertical semi-sentada – VSS. A enfermeira retirava um dos papelotes e definia a posição materna no parto.

Oito parturientes se recusaram a participar da pesquisa, sendo substituídas, bem como outras seis que tiveram indicação obstétrica de parto operatório e outras duas que tiveram parto taquitócico impossibilitando o controle das variáveis de estudo. A substituição ocorreu até atingir o total estabelecido, para o tamanho da amostra de 158 parturientes nulíparas.

Desta forma, os grupos foram compostos de 81 nulíparas no grupo experimental (LE) e 77 nulíparas no grupo controle (VSS).

As variáveis foram selecionadas, segundo sua função na pesquisa, isto é, variável independente, aquela que é manipulada pelo pesquisador; variáveis dependentes, aquelas que sofrem a ação da variável independente e variável complementar aquela que poderia de alguma forma influenciar as variáveis dependentes.

Variável independente

A posição materna *lateral-esquerda ou variável experimental* foi caracterizada pela mulher deitada com o peso sobre o lado esquerdo; no momento do expulsivo, a perna direita flexionada em direção ao peito pela parturiente, podendo o acompanhante ajudar ou não a sustentar a perna. A cabeceira da cama permaneceu elevada mais ou menos 15 graus.

A posição materna *vertical semi-sentada ou variável controle* foi caracterizada pela mulher deitada com peso do corpo sobre as nádegas, tronco inclinado para trás 30 graus do eixo vertical.

Variáveis dependentes ou de desfecho após a mulher assumir a posição sorteada

A avaliação do Apgar no primeiro e no quinto minutos de vida é uma avaliação descrita pela anestesista Vírginia Apgar em 1953, e consta da somatória de cinco itens (freqüência cardíaca, esforço respiratório, tono muscular, irritabilidade reflexa e cor) e para cada um dos itens confere-se a nota de zero a dois. Neste estudo, o índice de Apgar foi avaliado no primeiro e no quinto minutos de vida, pelo médico neonatologista, sendo registrado no formulário da pesquisa, em menor que sete ou maior que sete.

Foi considerado o valor bioquímico do pH de sangue de artéria de cordão umbilical analisado laboratorialmente nos primeiros 30 minutos após o parto, utilizando-se seringa heparinizada conforme material e técnica para coleta. O valor de referencia foi pH ≥ 7,10.

A coleta de dados foi realizada por enfermeiros obstetras, após treinamento teórico-prático a respeito do tipo do estudo, técnica da posição do parto e técnica da coleta do pH de sangue de artéria umbilical.

Para a coleta de sangue de artéria umbilical, após o nascimento, o recém-nascido foi colocado sobre abdome materno e logo após o primeiro movimento respiratório, o cordão umbilical foi duplamente clampeado, com um espaço aproximado de dez centímetros entre as pinças. Procedendo-se a identificação da artéria umbilical e feita a coleta do sangue, utilizou-se a técnica de aspiração, puxando vagarosamente o êmbolo da seringa para trás, de acordo com o volume de aspiração recomendado pelo fabricante (0,6ml para a seringa de 1ml).

Após coleta do sangue, foi removido o ar da seringa, homogeneizada a amostra e vedada a ponta da seringa, com borracha específica. O material foi encaminhado imediatamente ao laboratório e a leitura feita em seguida, com resultado em trinta minutos.

Variáveis complementares

A idade materna foi considerada pelo número de anos completos da parturiente no momento do parto. Já o grau de instrução referiu-se à última série freqüentada ou em curso. Foi categorizado em fundamental completo (formação básica com duração mínima de oito anos) e incompleto. Médio completo (fase final da educação com duração mínima de três anos) e incompleto. Superior (formação em universidades e faculdades: graduação, especialização e pós-graduação). Sem instrução (quem não recebeu formação escolar). Lei, 9394, 20 de dezembro, 1996 [7].

A ocupação foi definida com o cargo, função, profissão ou ofício exercido pela pessoa (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2000). Foi categorizada segundo a função referida pela mulher, se o trabalho era exercido no lar ou fora do lar.

A cor da pele da mulher foi verificada pelo profissional que assistiu ao parto, segundo a classificação: branca, preta, parda e amarela.

A circular de cordão umbilical foi caracterizada pela presença ou ausência de cordão umbilical, encontrado ou não, ao redor da região cervical do feto, observação e verificação esta realizada logo após o desprendimento cefálico.

O instrumento de coleta de dados desta pesquisa foi um formulário composto de perguntas fechadas, representando as variáveis de estudo que foram baseadas em dados da literatura e consultas a especialistas da área e pré-teste com 10 parturientes nulíparas (anexo 01).

Os dados foram coletados, no período de junho a novembro de 2004, pela pesquisadora e pelas enfermeiras obstetras que atuam no CPN.

A análise estatística foi feita por meio dos dados do formulário copilados em banco de dados (Microsoft Excel). Os cálculos estatísticos foram feitos no software SPSS, versão 10.0, por profissionais da área de estatística e foram apresentados sob a forma de tabelas e figuras.

O nível de significância atribuído foi de 5% para rejeição da hipótese de nulidade. Desta forma, considerou-se a associação estatisticamente significante, quando p-valor foi menor que 0,05.

Os testes utilizados para análise foram:

Teste Exato de Fisher [8] - análise do Apgar entre os grupos controles e experimental no 1º e 5º minutos e também para análise do pH de artéria de cordão umbilical e Apgar do recém-nascido no 1º minuto de vida;

Teste não paramétrico de Mann-Whitney [9]- foi aplicado para comparação do pH de artéria umbilical entre o grupo experimental e controle;

Teste Qui-Quadrado [8] - foi aplicado para comparar a circular de cordão umbilical em relação ao grupo experimental e controle e também para as variáveis e presença de circular de cordão umbilical em relação ao pH de artéria de cordão umbilical.

Discussão

A amostra desta pesquisa foi constituída por mulheres nulíparas assistidas no parto por enfermeiras obstetras em Centro de Parto Normal, divididas, aleatoriamente, em dois grupos: 81 (51,3%) no grupo experimental, em que o parto ocorreu com a mulher na posição lateral-esquerda (LE) e 77 (48,7%) no grupo controle, na posição vertical semi-sentada (VSS).

Conforme caracterização de amostra; encontrou-se maior freqüência de mulheres que referiram ensino médio incompleto (36,5%) e médio completo (39,2%).

A respeito da ocupação, (75,3%) das mulheres referiam trabalhar no lar, observou-se maior freqüência de mulheres da cor branca (59,5%).

Observou-se, também, que a idade média das mulheres nulíparas era de 20,7 anos e a mediana de 19 anos.

O estudo ressalta que a circular de cordão umbilical esteve presente em 43 (27,2%) dos conceptos. A nota de Apgar ≥7 no 1º minuto foi dada a 149 (94,3%) dos recém nascidos e no 5º minuto de vida foi dada a nota ≥ 7 a 157 (99,4%) dos recém nascidos.

Tabela I - Resultados de Apgar no 1° e 5° minutos de vida de recém-nascidos de nulíparas em Centro de Parto Normal no Hospital Geral de Itapecerica, segundo o grupo experimental e controle. Itapecerica da Serra – São Paulo, 2004.

Apgar	Grupos				p-valor
	Experimental LE		Controle VSS		
	n	%	n	%	
1 minuto					
< 7	4	4,9	5	6,5	0,741F
≥ 7	77	95,1	72	93,5	
5 minutos					
< 7	1	1,2	--	--	0,999F
≥ 7	80	98,8	77	100,0	

F: Teste Exato de Fischer. (p > 0,05)

n=158

Tabela II - Resultados de pH de artéria de cordão umbilical de recém-nascidos de nulíparas em Centro de Parto Normal no Hospital Geral de Itapecerica da Serra, segundo o grupo experimental e controle. Itapecerica da Serra – São Paulo, 2004.

pH de artéria umbilical	Grupos		p-valor
	Experimental LE	Controle VSS	
	n	n	
Média	7,29	7,28	
Mediana	7,29	7,30	0,892MW
Desvio padrão	0,07	0,08	
Mínimo / máximo	7,11 / 7,46	7,12 / 7,46	

MW: Valor Mann-Whitney (p > 0,05)

Tabela III - Resultados de presença de circular de cordão umbilical em conceptos de partos de nulíparas, em Centro de Partos Normal do Hospital Geral de Itapecerica da Serra, segundo o grupo experimental e controle. Itapecerica da Serra – São Paulo, 2007.

Circular de cordão	Grupos Experimental LE		Controle VSS		p-valor
	n	%	n	%	
Sim	21	26,6	22	28,6	0,709Q
Não	60	74,1	55	71,4	

Q: teste Qui-Quadrado (p>0,05).

N = 158

Tabela IV - PH artéria de cordão umbilical em conceptos partos de nulíparas, no Centro de Parto Normal no Hospital Geral de Itapecerica da Serra, segundo a presença de circular cervical de cordão umbilical. Itapecerica da Serra – São Paulo 2004.

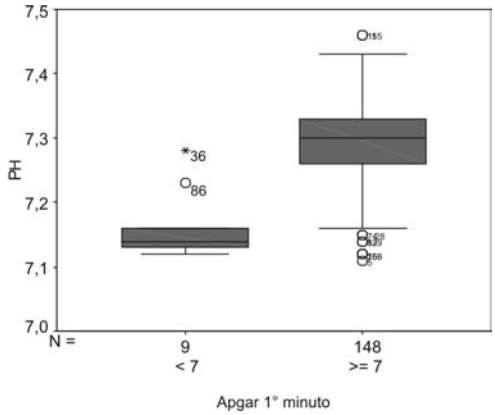
Presença de circular cervical de cordão umbilical	PH artéria de cordão umbilical < 7,20		≥ 7,20		Total	%
	N	%	N	%		
Sim	9	5,73	34	79,1	43	
Não	12	7,6	102	89,5	114	
Total	21	13,4	136	86,6	157	100

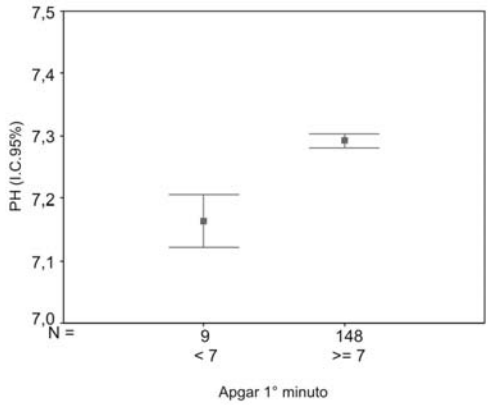
Teste Qui-Quadrado: p-valor = 0,088

* Houve perda de uma amostra.

n = 157

Figura 1 e 2 - Resultados da associação de pH de artéria de cordão umbilical e Apgar no 1° minuto de vida dos recém-nascidos de nulíparas assistidas no Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapecerica da Serra. Itapecerica da Serra – São Paulo 2004.





Teste Exato de Fisher: p-valor = 0,001

Discussão

A discussão dos achados deste estudo permitiu avaliar os efeitos das posições lateral-esquerda e vertical semi-sentada em 158 nulíparas, divididas por sorteios em dois grupos: experimental com 81 (51,3%) na posição lateral esquerda e 77 (48,7%) na posição vertical semi-sentada à luz de evidências científicas.

Segundo revisão da literatura, as mulheres nos dias atuais, principalmente na sociedade ocidental, têm partos nas posições de litotomia. O que permite aos profissionais enfermeiras e médicos obstetras monitorar o feto, avaliar a descida da apresentação e intervir no processo fisiológico de parturição. Entretanto, esta posição nunca foi testada [1].

Estas posições foram escolhidas, pois a literatura afirma que a maioria das mulheres, entusiasmadas em caminhar durante o parto, voltam para o leito, no final do trabalho de parto, assumindo posição lateral ou sentada [10].

Quanto à associação entre a variável índice de Apgar no primeiro e no quinto minutos de vida em relação aos grupos experimental e controle (Tabela I), não foi encontrado diferença estatisticamente significante.

Na Tabela II não foi encontrada diferença estatisticamente significante entre os grupos para a variável pH de sangue de artéria umbilical e posição materna no parto (p > 0,05). O pH médio no grupo experimental LE foi de 7,29 e no grupo controle VSS foi de 7,28.

Em relação ao segundo período clínico do parto, por muito tempo foi considerado como um período de risco para o feto, devido à diminuição

do pH de sangue de cordão umbilical, mesmo sem alterações maternas e fetais [1]. Estudo controlado foi realizado para verificar a veracidade desta afirmação. A abreviação artificial, após segundo período sem complicações, resultou em pH de artéria umbilical mais alto, entretanto, sem evidências científicas de um efeito benéfico para o recém-nascido [11].

Estudo realizado por Gardosi *et al*. [12], também relacionado à posição materna no parto e ao pH de artéria umbilical, não encontrou diferença significativa entre a posição vertical e a deitada. O pH médio variou de 7,26 a 7,24, respectivamente. Em relação ao Apgar, verificou-se 6,8% de recém-nascidos com Apgar menor que 7, no primeiro minuto de vida, na posição vertical e 12,8% deles na posição deitada.

Observa-se uma diferença no estudo de Gardosi *et al.* [12] para a média de pH de artéria de cordão umbilical, que foi menor do que a do presente estudo: no grupo experimental LE de 7,29% e no grupo controle VSS de 7,28%. Em relação ao Apgar no grupo experimental LE, a percentagem de Apgar < 7 foi de 4,9%, no primeiro minuto de vida dos recém-nascidos e 6,5% no controle VSS, ambos maiores do que no estudo de Gardosi. Pode-se inferir que seja devido a não compressão dos grandes vasos que irrigam o útero, na posição lateral-esquerda

Pereira *et al*. [13], em estudo transversal, com 76 RN de termo, encontraram 17,1% de RNs com Apgar < 7 no primeiro minuto de vida, e estes apresentaram pH < 7,20. Referem não ter encontrado RN com pH < 7,10.

Em suma, os dados do presente estudo são semelhantes aos encontrados por Pereira *et al*. [13], no que refere recém-nascidos com Apgar < 7 no 1º minuto de vida associado com pH < 7,20 e maior que 7,10 conforme figura 02.

Não obstante, no presente estudo, verificou-se que o menor pH de sangue de artéria de cordão umbilical encontrado foi de 7,11 no grupo controle LE, em RN com Apgar > 7 no primeiro minuto de vida (Figura 01).

A presença de pH com menores valores em RNs vigorosos tem sido atribuída à acidose materna ou ao trabalho de parto. Suidam *at al.* [14], Sykes *et al*. [15], Pereira *et al.* [13] referem ter encontrado 18,3% de RN vigorosos com pH variando entre valores maiores que 7,10 e menores que 7,20.

Não foi verificada diferença estatisticamente significante dos resultados neonatais entre os dois grupos estudados. Ambas posições dos grupos deste estudo são recomendadas.

Quanto à presença de circular cervical de cordão umbilical (CCU), é encontrada, conforme a literatura, em cerca de 20 a 40% de todas as gestações e, na maioria das vezes, é considerada como condição benigna e, raramente, relacionada a complicações perinatais [16,17].

Como se pode verificar, na Tabela III não foi encontrada diferença estatisticamente significante entre o grupo experimental e o controle (p-valor > 0,05). Vale ressaltar o achado de 03 circulares de cordão umbilical apertadas, que necessitaram ser clampadas e desembaraçadas logo após o desprendimento cefálico sem comprometimento para o feto.

A circular de cordão umbilical esteve presente em 43 (27,2%) dos partos (Tabela III), tendo uma distribuição homogênea tanto no grupo experimental – LE (26,6%) como no controle – VSS (28,6%), não sendo encontrado, assim, diferença estatisticamente significativa (p > 0,05).

Basile [18] encontrou 22% de ocorrência de circular de cordão umbilical em fetos de 104 mulheres nulíparas, em estudo sobre posição de parto. Costa [19] encontrou CCU em 35% dos fetos de 70 mulheres nulíparas na posição lateral. Por outro lado, Scarabotto [20] descobriu CCU em 20,2% das 134 nulíparas estudadas; referindo não ter encontrado significância estatística na ocorrência de circular de cordão umbilical e condições de morbidade neonatais.

Neste estudo, observou-se que a circular cervical de cordão uterina foi semelhante à referida por Scarabotto [20] e Basile [18]. Também não foram encontradas evidências de associação entre condições neonatais anormais com circular de cordão umbilical.

Na Tabela IV observa-se que não foi encontrada associação estatisticamente significante entre o pH e a presença de circular cervical de cordão umbilical (p > 0,05).

Ressaltando que houve maior freqüência pH < 7,20 entre os conceptos que não tinham circular de cordão umbilical.

Os dados das Figuras 1 e 2 mostram que foi encontrada associação estatisticamente significativa (p < 0,05) entre Apgar < 7 no primeiro minuto de vida e menores valores de pH. Verificou-se que a média do pH 7,29 está relacionada ao Apgar ≥ 7.

Conclusão

Menor freqüência de Apgar < 7 foi constatada no grupo experimental LE, entretanto, não estatisticamente comprovada entre os dois grupos. Ambas as posições do grupo experimental e controle são favoráveis a pH > 7.10 reduzido.

Observou-se que não houve associação estatisticamente significante entre presença de circular de cordão umbilical e pH de artéria de cordão umbilical.

Por outro lado, encontrou-se uma associação estatisticamente significante entre pH de artéria umbilical acima de 7,29 e Apgar ≥ 7.

Ambas as posições do grupo experimental e controle são recomendadas para resultados positivos de Apgar, pH de artéria de cordão umbilical.

Formulário (anexo 01)

Iniciais: _____	
No: _____	
Posição de parto:	
Lateral-Esquerda	(1) ( )
Vertical Sentada	(2) ( )
Fase 1 - Caracterização e primeiro período clínico do parto	
Nome: _____RH:_____.	
Idade em anos completos (no momento do parto):	( )
Grau de instrução:	
Fundamental incompleto	(1)( )
Fundamental completo	(2)( )
Médio incompleto	(3)( )
Médio completo	(4)( )
Superior	(5)( )
Ocupação:	
No lar	(1)( )
Fora do lar	(2)( )
Cor:	
Branca	(1)( )
Preta	(2)( )
Parda	(3)( )
Amarela	(4)( )
Fase 2 – Período expulsivo	
Presença de circular cervical de cordão umbilical:	
Sim	(1)( )
Não	(2)( )
Fase 3 – Resultados neonatais	
Valor bioquímico do pH da artéria umbilical:	
PH _____	
Apgar no 1o. minuto:	
< 7	(1)( )
≥ 7	(2)( )
Apgar no 5o. minuto:	
< 7	(1)( )
≥ 7	(2)( )

Referência

1. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: OPAS/USAID; 1996. 53p.
2. Sabatino JH. Parto vertical. RBM Rev Bras Med 1997;8(2):51-64.
3. Rezende J. Tocurgia. In: Rezende J. Obstetrícia. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1201-16.
4. Basile ALO. Risco e benefício materno e neonatais das posições lateral esquerda e vertical semi-sentada no parto [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
5. Johnson JWC. Umbilical blood acid-base analysis. Clin Obstet Gynecol 1993;36(1):91-8.
6. Cochran WG. Sampling techniques. 2a ed. New York: Wiley; 1963. 413p.
7. Brasil. Ministério da Educação. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [online]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1996 Dez 23 [citado 2000 Jan 23]. Disponível em: URL:www.htpp://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf
8. Vieira S. Introdução à bioestatística. 3a ed. Rio de Janeiro: Campus; 1998.
9. Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific; 1994.
10. Carlson JM, Diehl JA, Sachtleben-Murray M, McRae M, Fenwick L, Friedman EA. Maternal position during parturition in normal labor. Obstet Gynecol 1986;68(4):443
11. Yancey MK, Moore J, Brady K, Milligan D, Strampel W. The effect of altitude on umbilical cord blood gases. Obstet Gynecol 1992;79(4):571-4.
12. Gardosi J, Sylvester S, B-Lynch C. Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1989;96(11):1290-6.
13. Pereira DN, Rocha VLL, Procianoy RS, Azevedo RCM, Kersting D, Cardozo A et al. Avaliação do pH de sangue de cordão umbilical e sua relação com o escore de Apgar em recém-nascidos a termo. J Pediatr 1996;72(3):139-42.
14. Suidan JS, Young BK. Acidosis in the vigorous newborn. Obstet Gynecol 1985;65(3):361-4.
15. Sykes GS, Molloy PM, Johnson P, Gu W, Ashworth F, Stirrat GM, et al. Do Apgar scores indicate asphyxia? Lancet. 1982;1(8270):494-6.
16. Tedesco RP, Araújo AS, Cecatti JG, Barini R. Importância clínica do diagnóstico ultra-sonográfico de circulares de cordão umbilical. Femina 1999;27(2):179-83.
17. Clapp JF 3rd, Stepanchak W, Hashimoto K, Ehrenberg H, Lopez B. The natural history of antenatal nuchal cords. Am J Obstet Gynecol 2003;189(2):488-93.
18. Basile ALO. Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral-esquerda [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
19. Costa ASC. Proteção perineal e manejo do feto no parto normal: estudo comparativo entre duas técnicas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
20. Scarabotto LB. Uso da enzima hialuronidase na prevenção de lacerações perineais no parto normal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

Artigo original

A qualidade do atendimento hospitalar na compreensão do idoso

Teresa Cristina Prochet, M.Sc.*, Tânia Ruiz, D.Sc.**

**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, Enfermeira do Núcleo de Epidemiologia e do Ambulatório do Hospital Regional de Assis e Docente da Fundação Educacional do Município de Assis, Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Comunicação em Enfermagem do CNPQ, **Médica Profª do Departamento de Medicina Legal e Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP Botucatu*

Resumo

Este estudo transversal teve como objetivo relacionar as situações institucionais, positivas e negativas, que, segundo os idosos, interferem na qualidade do atendimento hospitalar. O método escolhido foi a entrevista. As conversas foram gravadas, os dados categorizados e analisados com base no método de análise de conteúdo. Os resultados revelaram que dos oitenta e seis idosos estudados, 51,2% citaram pelo menos uma dificuldade ou problema institucional passível de interferência no atendimento recebido. As situações detectadas foram divididas em três categorias: 1) Gestão – qualidade das refeições servidas, sistema de referência e contra-referência para internações e exames, controle no fluxo de pessoas dentro do hospital e aspectos burocráticos; 2) Equipe – atendimento com foco no cumprimento de tarefas, a dinâmica e a freqüência das visitas médicas, comunicação entre profissionais e pacientes; e 3) Ambiente físico – limpeza e organização do ambiente, ventilação, aeração, ruídos e qualidade das acomodações. Pode-se concluir que o ambiente físico foi considerado adequado pela maioria dos idosos. A ênfase foi dada nas relações humanas, demonstrando, claramente, a necessidade de alteração na dinâmica assistencial prestada pelos profissionais de saúde. O foco não deve ser dado à tarefa e sim à comunicação com idoso em toda sua singularidade.

Palavras-chave: idoso, comunicação, hospital.

Abstract

The hospital quality attendance in the elderly´s point of view

This transversal study had as objective to report institutional situations, good and bad, that interfere in the quality of hospital attendance for elderly care. The interviews were the method chosen: they were recorded and the data were categorized and analyzed based on the content analysis method. The results showed that eighty-six interviewed elderly, 51.2% mentioned, at least, one difficulty or institutional problem constituting interference in the received care. The situations detected were divided into three categories: 1) Management – quality of meals served, system of reference and counter-reference for admittance and exams, control in the flow of persons inside the hospital and bureaucratic aspects; 2) Team – care with focus on task completion, the dynamic and frequency of medical visits, communication between professionals and patients, and 3)

Artigo recebido em 16 de fevereiro de 2007; aceito em 12 de abril de 2007.
Endereço para correspondência: Teresa Cristina Prochet, Rua Sebastião da Silva Leite 243, 19814-370 Assis SP, Tel: (018)3322-6721, E-mail: prochet@uol.com.br

Environment– cleanliness and organization of the environment, ventilation, aeration, noise and quality of accommodations. The conclusions were the physical environment was considered adequate by the majority of elderly patients, with emphasis on human relations, demonstrating, clearly, the necessity of altering the assistance dynamic performed by health professionals. The focus must not be given to the task ,but rather, to the communication with elderly patients in all their singularity

Key-words: elderly, communication, hospital.

Resumen

Calidad de atención hospitalaria desde el punto de vista del anciano

Este estudio transversal tuvo como objetivo relacionar las situaciones institucionales, positivas y negativas, que, desde el punto de vista de los ancianos, afectan la calidad de la atención hospitalaria. Se entrevistaron, en el lecho, ochenta y seis ancianos hospitalizados. Las encuestas fueran grabadas y los datos estudiados según el método de análisis de contenido. Los resultados apuntan que de los ancianos entrevistados, 51,2%, hablaron por lo menos de una dificultad o problema institucional pasible de interferencia en la atención recibida. Las situaciones detectadas fueron divididas en tres categorías: 1) Gestión – calidad de las comidas servidas, sistema de referencia o contra-referencia para internaciones o exámenes, control de flujo de personas en el hospital y aspectos burocráticos; 2) Equipo – la atención con enfoque para cumplir tareas, la dinámica y la frecuencia de las visitas médicas, comunicación entre profesionales y pacientes; y 3) Ambiente físico – limpieza y organización del ambiente, ventilación, aeración, bullicios y calidad de las acomodaciones. Se concluye que el ambiente físico fue considerado adecuado por gran parte de los ancianos; el énfasis se dio en las relaciones humanas, demostrando claramente la necesidad de alteración en la dinámica asistencial por parte de los profesionales de salud. Más importante que el cumplimiento de la tarea, es la comunicación con el anciano en toda su singularidad.

Palabras-clave: anciano, comunicación, hospital.

Introdução

O envelhecimento é em grande parte, um desafio do mundo atual que afeta tanto os países desenvolvidos, como aqueles em desenvolvimento. O rápido crescimento da população de idosos no Brasil tem causado um importante impacto em toda a sociedade, principalmente nos sistemas de saúde [1,2]. Os sistemas de saúde têm procurado se estruturar para responder à demanda crescente deste segmento etário causado pelo envelhecimento populacional.

Freqüentemente, o idoso enfrenta problemas com a saúde, isto porque constantemente se encontra desinformado de seus direitos e possui dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Além disso, é comum a sociedade como um todo expressar seu preconceito aos idosos e isso se estende à comunidade da saúde em que muitos dos profissionais de saúde não sabem na íntegra lidar com situações inerentes ao processo de envelhecimento, o que resulta num atendimento nem sempre eficiente, de resolutividade não tão satisfatória e ainda de custo elevado [2].

As contradições do modelo de formação dos profissionais de saúde, centrado no preparo quase exclusivamente técnico e voltado para o processo de trabalho, distanciam o profissional de uma ampla discussão sobre este processo enquanto prática de cuidar [3]. Além disso, quando é atendido nos hospitais *"o idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada*", o que torna a assistência de saúde superficial e pouco resolutiva e humanizada [4].

Dados confirmam de que, proporcionalmente, os idosos ocupam mais leitos nos hospitais que os indivíduos de outras faixas etárias e que realmente são geradores de gastos maiores. Ora, essa ocorrência é mesmo devido à idade ou ao envelhecimento, ou seria a forma como nosso sistema médico lida com a saúde e as doenças das pessoas? [5].

Quando o idoso sofre a hospitalização perde seu referencial principal, pois muda de ambiente e passa a lidar com outras dificuldades, além das que já possui. No hospital é cuidado por profissionais que nem sempre estão dispostos a estabelecerem vínculos. Isso traz para o idoso momento de ansiedade e até mesmo de receio [6].

Por outro lado, são os hospitais que fornecem grandes oportunidades aos profissionais de saúde de cuidarem das pessoas que lá se encontram. Contudo, para que o cuidado possa ser concretizado é

preciso envolver-se. Isso porque, quando acontece o envolvimento com o outro, ocorre uma grande transformação, isto é, tem-se a possibilidade de promover maior qualidade das interações pessoais e, conseqüentemente, obter melhores resultados. As dificuldades existem e permeiam o ambiente; buscar um caminho alternativo e eficaz para a satisfação das necessidades é árduo, porém possível [7].

Ao hospitalizar-se, o indivíduo é obrigado a romper com todas as atividades sociais, ficando longe da família e daqueles que lhe são queridos, deixando de ser um indivíduo socialmente ativo para tornar-se um paciente [8]. Quando chega ao hospital, como paciente, traz consigo uma carga emocional grande. Além da preocupação com a doença que tem, fica preocupado com o mundo estranho no qual será introduzido. Nestas condições, as coisas mais simples e banais revestem-se, para o paciente, de um caráter de gravidade antes não pensado. Mais que terapêutica, exames e atendimento às necessidades físicas, é preciso considerar as carências afetivas que rondam o paciente. Daí a importância de valorizar na relação com o paciente a forma de interagir e de comunicar-se, pois ele possui a necessidade de segurança afetiva e essa condição nem sempre é proporcionada em uma unidade de internação [9].

Internado, o paciente passa a vivenciar uma nova experiência: a rotina hospitalar. Para adaptar-se a essa mudança, sofre e junto com esse sofrimento apresenta mudanças em seu humor, alterações fisiológicas e aflições por perceber que sua autonomia está comprometida. As regras e os protocolos disciplinam e, ao mesmo tempo, controlam os comportamentos dos sujeitos pertencentes ao cenário hospitalar. Surge então, o cuidado rotineiro que propicia a despersonalização do atendimento ao paciente, o que cria um clima de dependência e de autoritarismo [10].

O cuidado/cuidar é um fenômeno de base possibilitadora da existência humana. É no cuidado que encontramos o "*ethos*" necessário para a sociabilidade humana e, principalmente, para identificar a fonte real do ser humano [11].

É por meio da prestação de cuidados que se assume o compromisso com a vida, mesmo que ronde sobre ela uma real ameaça de interrupção [11]. Não se pode esquecer que o cuidado é imprescindível em todas as situações da vida humana, seja durante uma enfermidade, incapacidade, seja durante o processo de envelhecimento ou mesmo da morte. Os profissionais de saúde lutam o tempo todo para manter o cliente no fluxo da vida.

Não se pode ensinar comportamentos de cuidado, mas por outro lado, os que gerenciam os serviços têm a responsabilidade de favorecer um ambiente de cuidado. Isto só é possível a partir da idéia do "empoderamento", cujo significado contempla a idéia de dar ou permitir poder ao outro. Segundo Myers [12], empoderamento pessoal

> *"é um processo multidimensional e psicologicamente complexo. Ele é melhor entendido através da consideração de fatores psicológicos subjacentes, que, quando combinados com mudanças sociais em resposta à velhice, podem levar a falta de empoderamento numa prévia independência individual. A interação de mudanças individuais e sociais na velhice traz um conjunto de estágios para um ciclo negativo de desempoderamento e, simultaneamente, revela implicações para a reversão desta espiral negativa através do re-empoderamento" [12:7].*

No decorrer das últimas décadas, a enfermagem despertou para o cuidado ao idoso, merecendo destaque o crescimento da enfermagem gerontológica, que tem possibilitado capacitação para o atendimento às expectativas e necessidades relacionadas com a terceira idade.

Cabral *et al.* [13] afirmam que é imperativo que o profissional de saúde compreenda o idoso e seus aspectos físicos, psíquicos e sociais prestando, assim, uma assistência adequada. Esses autores acrescentam que é indispensável que o profissional tenha conhecimento científico e habilidades pessoais para discernir alterações anatômicas e funcionais, naturais do envelhecimento das doenças.

Para isso, urge-se que todo profissional de saúde valorize a integralidade no cuidado com o idoso. Integralidade, neste contexto, segundo Cecílio [14], abrange quatro aspectos principais: as condições de vida e saúde, a disponibilidade da tecnologia; o incentivo permanente da autonomia e ainda o estabelecimento de vínculos afetivos.

Quando o indivíduo encontra-se internado, percebe e sente o interior e o exterior por meio do outro. Esse outro pode ser representado pelo profissional que lá se encontra. Portanto, cabe aqui ressaltar que a atuação do profissional de saúde é percebida pelo indivíduo pelo fato de que

> *"(...) o paciente hospitalar, age basicamente como uma pessoa assustada, pois está em um ambiente desconhecido e, em sua imaginação, tudo pode acontecer. O instinto natural de autodefesa e autoproteção fala mais alto e ele passa, então, a prestar atenção redobrada ao que acontece à sua volta, delimita o próprio território e jamais admite a invasão arbitrária" [15:95].*

Independentemente do cenário hospitalar, os profissionais de saúde possuem o dever ético de respeitar a integralidade e de obedecer alguns princípios fundamentais no atendimento ao idoso, dentre eles: 1) respeitar a velhice e seu processo; 2) utilizar uma abordagem individual centrada na pessoa e não na doença; 3) considerar o idoso como participante ativo no controle e no tratamento da saúde, valorizando sua capacidade funcional e intelectual, e, ainda 4) lutar por condições cada vez mais humanitárias da assistência.

Esses princípios levaram às seguintes reflexões: Como seria possível incentivar a criação e a manutenção de um ambiente aconchegante que atende o idoso? Será que o idoso hospitalizado tem recebido carinho, confiança, solidariedade e atenção por parte das pessoas que cuidam? O que o idoso hospitalizado valoriza no momento da prestação do cuidado pelos profissionais de saúde? Qual a percepção que os idosos hospitalizados têm da instituição, da equipe e do cuidado propriamente recebido?

Com certeza, melhorar a qualidade dos serviços de saúde, tornando-os mais humanizados, é um dos desafios mais abrangentes da sociedade brasileira na atualidade. Aceitar o compromisso e a responsabilidade de garantir uma melhoria continuada na qualidade dos cuidados para os clientes é uma questão de cidadania. Portanto, estudar e descrever os elementos para o cuidar/cuidado, na perspectiva de quem é cuidado, vai ao encontro dos pressupostos da ética-profissional, tão almejada pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde, envolvidos na área de geriatria e gerontologia.

Objetivo

Relacionar as situações institucionais, apontadas pelo idoso, que interferem na qualidade do atendimento hospitalar.

Material e método

Estudo qualitativo transversal desenvolvido no 1º trimestre de 2003, com oitenta e seis idosos internados em doze enfermarias, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unesp - Campus Botucatu, conforme determina a Resolução 196/96, garantindo aos sujeitos do estudo seu anonimato e a preservação de sua identidade. A seleção dos idosos baseou-se na disponibilidade dos mesmos, nos dias em que a pesquisadora encontrava-se no campo, sem qualquer outra condição pré-definida, desde que obedecessem aos critérios:

- paciente com idade igual ou superior a sessenta anos, internado, por no mínimo setenta e duas horas, exceto nas unidades de Oftalmologia e Otorrinolaringologia, cujo pré-requisito foi de vinte quatro horas, como tempo mínimo de internação;
- paciente que aceitasse participar, firmando a autorização, com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- paciente capaz de responder coerentemente ao Mini-Exame do Estado Mental de Folstein [16].

A questão norteadora deste estudo foi – O que os idosos percebem como pontos positivos e negativos durante a hospitalização? Essa questão foi alicerçada nos estudos desenvolvidos por Waldow [17] sobre o cuidado humano.

A entrevista foi o recurso escolhido, uma vez que contempla uma série de fatores que vão desde a fidedignidade do informante, até o papel social do próprio investigador. Trata-se de uma técnica que possibilita o surgimento de conflitos e de contradições. Bardin [18] afirma que isto ocorre porque a palavra é símbolo de comunicação reveladora de condições estruturais, de códigos de sistemas, normas, valores, opiniões, idéias, sentimentos, comportamentos e outros.

Como forma de garantir a essência das respostas optou-se em gravar as entrevistas. Posteriormente a transcrição, a leitura das falas foi feita, tantas vezes quantas fossem necessárias. Nessa ocasião, a pesquisadora usou de caneta colorida para destacar a essência do discurso. Somente no final da operação da leitura e agrupamento é que surgiram os títulos das categorias. O tratamento dos dados foi realizado por meio da interpretação dos depoimentos, comparando os resultados com outras pesquisas

realizadas, de forma a trazer reflexão da temática e das situações encontradas.

Resultados e discussão

O envelhecimento populacional é um fenômeno que gera novas demandas para os serviços e aumentos substanciais nos custos de programas, exigindo o conhecimento de problemas prioritários e o desenvolvimento de ações que, de fato, visem sua resolução.

Nesse âmbito, conhecer os pontos institucionais que se configuram como problemáticos, na visão do idoso, pode oferecer contribuição no planejamento da assistência e, conseqüentemente, colaborar de maneira positiva na evolução do seu tratamento.

Para isso, solicitou-se que os idosos respondessem quais seriam as dificuldades, percebidas por eles, na internação atual e quais os problemas que eles consideravam negativos no cuidado recebido da equipe de saúde. As dificuldades se referem às condições consideradas não próprias, na visão do idoso, para a prestação do cuidado durante sua hospitalização.

As respostas revelaram que praticamente a metade dos idosos (51,2%) reconhecia pelo menos uma dificuldade ou problema institucional. Dos idosos internados nas unidades clínicas, 70,8% relataram uma ou mais dificuldades, enquanto que os idosos das unidades cirúrgicas tiveram esse percentual em 43,5%.

As situações detectadas foram divididas em três categorias temáticas: 1) Gestão, 2) Equipe e 3) Ambiente físico.

A categoria "Gestão" foi desdobrada em cinco subcategorias:

a) Nuances da distribuição das dietas

> *"... a comida é desagradável, eu não queria dizer não, mas pode perguntar pra minhas colegas aqui, é tudo sem sabor, como se comesse alguma coisa sempre igual com o mesmo gosto, só que a aparência é boa...". (I2)*

Ainda em relação à alimentação, o discurso abaixo revelou a preocupação do paciente em receber um atendimento individualizado, apesar de nem sempre ter sido atendido.

> *"... é muito repetida. É sem gosto e olha que eu tenho dieta livre, não tem tempero, a cor é feia. Vem no marmitex arrumada, mas é fria, e vem em quantidade igual pra todo mundo igual. A verdura ou legume é pouco e é isso que eu gosto. Fruta quase não tem; quase todo dia é gelatina. Eu já falei que não gosto de muito arroz e vem um monte, não adianta..." . (I6)*

A equipe de saúde exerce um papel importante na promoção e manutenção da nutrição, pois, quando inadequada, afeta todos os sistemas orgânicos. A avaliação nutricional é necessária e essencial. É importante saber as preferências e aversões alimentares do paciente. Detectar não é suficiente, é preciso criar mecanismos para que seja provida essa necessidade. Ao satisfazê-lo, encoraja-se o paciente a se alimentar e isso, com certeza, trar-lhe-á benefícios [19,20].

Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar realizado por Waitzberg *et al.* [21], em 1996, mostrou que entre os 4000 pacientes avaliados, apenas 18,8% tinham registrado no prontuário alguma referência ao estado nutricional. O estudo revelou que 31,8% dos pacientes ficavam desnutridos nas primeiras 48 horas de internação; 44,5% em 3 a 7 dias de internação; 51,2% em 8 a 15 dias e 61% dos pacientes internados há mais de 15 dias. Segundo os autores, o aumento da desnutrição pode ser justificado por uma série de razões, dentre elas: os ligados ao ambiente hospitalar, pelo horário das refeições ou pela falta de opções em escolher os alimentos a serem ingeridos.

Outra pesquisa realizada por Bodinski [22] evidenciou que o paciente hospitalizado tem sido vítima da nutrição iatrogênica. As práticas hospitalares que mais contribuem para essa situação são as falhas na avaliação do estado nutricional do paciente no momento da admissão, a falta de acompanhamento da ingestão hídrica e alimentar ou mesmo a detecção precoce de sinais físicos que prejudicam a alimentação.

> *"... eu não consigo comer isso porque estou com a boca machucada, pedi para ser sopa e não vem. Tomo leite, tá bom..." . (I 8)*

> *"... estou fraco porque não consigo engolir a comida que me dão..." (I 23)*

Barbosa [23], na discussão desta questão, afirma que a enfermagem desempenha um papel fundamental na terapia nutricional, que vai desde a avaliação nutricional, recebimento, administração e monitoramento da dieta.

As intervenções dietéticas podem melhorar o estado nutricional em idosos com doenças crônicas, reduzir suas complicações e, conseqüentemente, as hospitalizações e seus custos [24].

b) Bastidores administrativos com componentes políticos e sociais

Nessa subcategoria foram englobadas as dificuldades de acesso ao serviço de saúde. Pinheiro & Travassos [24] afirmam que o problema da utilização dos serviços públicos de saúde, pelos idosos, tem merecido crescentes estudos, entretanto, o conhecimento sobre o seu padrão de utilização, ainda, é limitado. O acesso aos hospitais é complexo e está condicionado a inúmeros aspectos sociais, econômicos, administrativos e técnicos.

Os idosos entrevistados neste estudo mencionaram suas dificuldades em conseguir leito de internação, gerando a necessidade dele e/ou sua família de:

- usar jornal como ameaça: *"... minha filha veio junto com um monte de papel de encaminhamento e tratamento que eu fiz, ameaçou a diretoria que ia colocar no jornal. Você sabe que a vaga apareceu..."*. (I9)
- pedir ajuda ao vereador: "... *ainda bem que eu conheço vereador, quando preciso ele me ajuda aqui dentro..."* . (I48)
- permanecer internado no Pronto Socorro por dias*: "... o problema é que precisa esperar muito pra ser internado, eu cheguei às 6 da manhã e só fui atendido lá pelas 5 da tarde e internado só dois dias depois, já pensou..."*. (I24)
- agravar o estado de saúde para ser urgência e assim conseguir a vaga: *"... só consegui internar aqui porque piorei muito, vim ao PS eles disseram que era problema de coluna, voltei para minha cidade, de noite não agüentei, voltei pra cá e era outro médico. Ele descobriu que era infarto..."*. (I34)

Os dados aqui relatados corroboram os achados de Portella & Bettinelli [25] quando afirmam que os idosos têm enfrentado problemas pela falta de infra-estrutura adequada dos serviços de saúde. Relatam ainda, que os idosos são encontrados em longas filas de espera, para agendamento de consulta médica especializada, exames e internação hospitalar.

Trad *et al.* [26] detectaram em seus estudos que, de modo geral, a satisfação dos pacientes se associava grandemente à facilidade de acesso ao profissional e às ações de saúde.

c) Fluxo de pessoas estranhas ao serviço

Outra situação de desconforto citada pelos idosos foi o fluxo intenso de pessoas nos corredores, que atrapalham a deambulação e ainda porque, muitas delas, são comerciantes que ficam demonstrando seus produtos alimentícios, fazendo com que os pacientes tenham acesso aos alimentos, nem sempre permitidos à sua dieta ou à sua condição financeira.

> *"... aqui tem um comércio terrível, é muito grande o comércio de produtos alimentares de terceira, que não fazem bem pra ninguém, eles vendem pra todos e todos compram, eu não, não tenho nem dinheiro...". (I56)*

Em contraposição à presença de ambulante dentro do hospital, comercializando produtos alimentícios, tem-se uma legislação ampla e bastante consistente da CVS [27], que regulamenta este tipo de comércio, restringindo-o a situações, condições e ambientes adequados.

> *"... é muita gente vindo de lá, vindo prá cá, não dá nem para saber se estou no lugar certo, tenho até medo de andar e cair...". (I61)*

Nestes relatos percebeu-se um problema de saúde-pública, que era maximizado pela existência de múltiplas portas de entradas no hospital e, também, pela falta de controle do acesso de pessoas nas unidades.

d) Afastando o idoso de sua família

Nessa categoria, considerou-se também a dificuldade relativa às visitas: quantidade de pessoas no quarto, tempo de permanência e/ou concentração em um mesmo horário, como foi exposto nesse depoimento:

"... a quantidade de visitas no quarto deixa a gente com vertigem, eu fico até constrangida, pelo tumulto que fica no quarto. Não sei se passei mal pela quantidade de pessoas ou de lembrar que vou passar por tudo que essa outra já passou, quando fez a cirurgia. De verdade nem sei se foram as pessoas ou se foi meu pensamento, não entendo porque tem que ser tudo visitando ao mesmo tempo...". (I65)

e) A ética e a burocracia não garantindo o direito de usuário

Finalmente, problemas relacionados com a burocracia e/ou preenchimento de impressos, necessários para dar continuidade ao tratamento, em outros serviços ou mesmo no próprio hospital.

"... enquanto está internada é fácil fazer os exames, agora depois, precisa isso, aquilo, vai para lá e pra cá e o pior não se consegue porque o papel estava errado...". (I68)

"... eu ouvi o médico falando no telefone lá em Bauru, ele me deu a receita para fazer o exame. Você acredita que fui pra Bauru à toa, cheguei lá eles viram que o papel estava errado. Fiquei de jejum, gastei dinheiro e não resolvi o problema...". (I7)

Trad *et al.* [26] estudando a satisfação dos usuários de saúde, na Bahia, constataram que o sistema de referência e contra-referência funcionava de maneira informal, algumas vezes os encaminhamentos (consultas, cirurgias e exames) eram agendados por contacto telefônicos ou pessoais, negligenciando, assim, os trâmites administrativos necessários, estipulados pelo Sistema Único de Saúde [28] e garantidos na Lei 10294/99 [29].

"... a letra do médico é impossível de ler, não pude nem comprar o remédio que ele passou, ninguém entendeu nada...". (I9)

A fala da paciente revela contradição ao contido no artigo 39 do Código de Ética Médica, que proíbe a expedição de receita ou atestado, de forma secreta ou ilegível [30].

Na categoria "Equipe" foram agrupadas as dificuldades apontadas pelos idosos, relacionadas diretamente com o comportamento e a atitude da equipe de saúde. A enfermagem foi a equipe mais referenciada, por apresentar um atendimento demorado, superficial e voltado à tarefa.

"... o pior aqui é o banho, tem que ser cedo para eles ficarem livres, é a pressa do banho...". (I34)

"... eu não uso dentadura porque eu não consigo ir toda hora no banheiro para lavar. Quando eu melhorar eu volto a usar...". (I65)

"... disseram que não tem gente para ajudar, por isso eu tomo banho na cama, é mais fácil pra elas...". (I73)

Pesquisa desenvolvida em uma unidade geriátrica de um hospital público de São Paulo, por Rodrigues & Bretãs [31], com auxiliares de enfermagem constatou que mesmo não concordando com a frase "todo idoso dependente deve entrar na nossa rotina de trabalho", os auxiliares reconheceram que a frase era uma realidade no cotidiano do hospital, e mais do que isso, era uma necessidade, uma vez que eles precisavam dar conta do trabalho no tempo estipulado.

Goldim [32], no tocante a este respeito, enfatiza que o ponto mais importante na relação profissional-paciente idoso é reconhecer que, mesmo em situação em que existam comprometimentos, o idoso possui o direito de ser reconhecido como indivíduo. O idoso, por estar comprometido, não pode perder sua dignidade, nem tampouco o direito de determinar o que deseja.

Outra situação, reconhecida pelo idoso, como importante e que trazia segurança foi a visita médica.

***"...** fico só esperando eles passarem, gosto de saber das notícias dos exames...". (I45)*

"... eles vêm de monte aqui, perguntam tudo, é muito bom, fico sem medo, agora no final de semana é diferente. Eles só vêm quando tem problema, então fico pedindo para eles não aparecerem, mas também fico preocupada porque se estou internada

é porque preciso ser acompanhada, não é mesmo?...". (I48)

Quayle *et al*. [33] observaram que a internação provocava sentimentos ambivalentes e conflitivos e que a visita médica era percebida de maneira predominantemente positiva, como oportunidade de contacto entre o paciente e seu médico. Todavia, verificaram falhas importantes nesta situação, especialmente a dificuldade de compreensão e a invasão de privacidade.

Além da sua importância incontestável, a visita médica é uma atividade muito aguardada pelo paciente. Ela cria um clima de aproximação fundamental para a boa relação médico-paciente. A visita médica traz ao idoso internado uma série de possibilidades. Geralmente é por meio dela que ele passa a ter ciência do que está acontecendo, como está evoluindo ou ainda, do que precisa ser feito.

Apesar de a visita trazer satisfação e dos pacientes expressarem sentimentos de proteção dela decorrentes, foi preocupante o que essa fala trouxe:

"... para dizer a verdade aqui no hospital os médicos são maravilhosos, chegam, cumprimentam, examinam, mexem na gente. Dá para ver que são entendidos e estão preocupados, só que falam umas coisas que eu não entendo nada...". (I17)

Nesse ponto, mais uma vez surge o problema da comunicação. De nada adianta falar com o paciente sobre sua vida, sua saúde ou sua doença, se não houver a comunicação [10,34]. A comunicação verbal e não-verbal, ou mesmo escrita, precisa ser transmitida de tal forma que não agrave a situação em que o paciente se encontra e não comprometa a eficácia do tratamento [34].

Rocha *et al.* [35], estudando a opinião de pacientes internados em três clínicas de um hospital universitário, verificaram que apesar de quase a totalidade dos pacientes declarar-se satisfeita com a assistência recebida, durante a visita médica, 20 a 30% não sabiam referir seu problema de saúde ou a terapêutica que deveria seguir.

Já a categoria denominada "ambiente físico" foi desdobrada em duas subcategorias semânticas.

A primeira, *o ambiente ajuda a equipe e satisfaz o idoso***,** foi representada pela limpeza, arrumação e organização do quarto, banheiro e enfermaria como um todo, ventilação e aeração satisfatória, tipo de quarto, presença de banheiro no quarto e a troca diária da roupa de cama.

A limpeza e a organização foram repetidamente citadas, eis alguns exemplos:

"... o ambiente é bom, agradável. Aqui o lençol é trocado todo dia e o quarto é limpo, o que mais se pode querer...". (I2)

"... tudo para mim está bom, o vaso é limpo, a água do chuveiro é quente. Tudo é limpo, até as paredes são limpas, embaixo das cadeiras também, tudo aqui é uma maravilha...". (I5)

A ventilação e a aeração também valorizadas como condições positivas e que facilitam o cuidado a ser prestado, foram expressas em uma frase simples como esta:

"... a janela é ótima, pode ficar aberta e entra um ar super gostoso...". (I30)

O fato de permanecerem em leitos próximos ao posto de enfermagem, ou de ficarem em quartos individuais, trouxe para os idosos uma sensação de segurança e de preservação de intimidade.

"... tudo aqui facilita, não tem dificuldade não. Veja só, o quarto é sozinho, não tem outra cama e a gente fica perto delas, de frente delas é muito bom e aí, eu vejo elas e isso ajuda um pouquinho, não dá medo, né...". (I39)

Ainda, ligada à estrutura física, a existência da varanda representou para o idoso uma possibilidade de sentir-se livre, como se não estivesse hospitalizado. A fala selecionada descreveu bem essa afirmação.

"... tem varanda que é gostoso. Dá pra ficar disfarçando e andando pra cá e pra lá. Pode ficar até a hora que quer. Os enfermeiros chegam na varanda, tiram a pressão. Nem lembro que estou aqui preso, posso ficar olhando e vendo o movimento...". (I75)

Godoi [36] ressalta que a qualidade das acomodações de um hospital e seu conforto devem merecer atenção especial, desde a escolha da cor

das paredes a outros itens como mobiliário, piso, aeração, ventilação e decoração. O autor lamenta que a maioria dos hospitais prioriza a quantidade de leitos em detrimento do conforto que poderia ser oferecido.

Já a segunda subcategoria, *o ambiente traz desconforto para o idoso*, foi representada pelos discursos que citavam o ruído e o tumulto, existência de cama alta e estreita, a dificuldade em manipular o chuveiro para temperar a água, odor de cigarro, presença de fômites perto do leito.

O barulho foi retratado bem nas seguintes falas:

> *"... muitas vezes chega paciente no meio da noite e eles arrancam a gente com cama e tudo, parece que está acontecendo alguma coisa, é aquele barulho...". (I12)*

> *"... o barulho é chato porque as portas batem, as campainhas tocam e elas demoram em atender...". (I24)*

> *"... de noite, lá pela meia noite tem empregado que tá entrando para limpar banheiro, catar lixo, eles acendem a luz, sai e não apaga, não...". (I28)*

> *"... aqui até pelo menos meia noite parece festa, falam alto, batem porta...". (I37)*

Estudo desenvolvido por Salomé & Guerra [37], em um hospital estadual de São Paulo, revelou que a maioria dos pacientes queixou-se de não conseguir dormir direito, devido às conversas em voz alta e ao barulho freqüente e intenso, que causavam alteração do estado do humor, deixando-os irritados e apreensivos. Neste estudo, verificou-se que 68% dos pacientes pesquisados demonstraram desconforto e irritabilidade quando a luz era acesa durante o período de sono.

Segundo os idosos entrevistados, a equipe de saúde falhava muitas vezes no sentido de não proporcionar um ambiente confortável, negligenciando a limpeza e manutenção do papagaio ou da comadre, bem como a retirada de lixo dos quartos. Tal condição impedia que eles se alimentassem adequadamente e ainda os deixavam constrangidos. Situação como esta foi relatada por alguns idosos, como neste discurso:

> *"... apesar do ambiente ser fresco, esse urinol que fica aqui perto da cama não dá, ele fica de olho em mim e eu sinto o cheiro dele o tempo todo...". (I54)*

> *"... o cheiro do curativo que fica no lixo é horrível; eu sinto vergonha...". (I60)*

Situação semelhante foi encontrada em tese desenvolvida por Silva [37], que constatou certa constância no acondicionamento incorreto de fômites e lixo hospitalar, o que causava vazamentos e produção de odores desagradáveis.

Outra condição relacionada com odores foi expressa nessa fala:

> ***"...** acho que o cheiro do cigarro* (paciente começa a falar bem baixinho, com medo da outra paciente, que está ao lado, escutar) *misericórdia é um cheiro horrível, ela fuma demais, você viu como ela é magra e acabada? O que eu não agüento aqui é o cheiro. Sei que as pessoas são diferentes, mas o cheiro é muito ruim...". (I21)*

Apesar da proibição ao uso de cigarros em repartições públicas, conferida pela Lei Estadual 5534/86 [39], no hospital, esta era ainda uma prática comum, exercida entre pacientes, seus familiares e profissionais de saúde.

> *"... eles são bonzinhos, ficam aqui na varanda, dão os remédios, olham se tem febre e até fumam com nós...". (I26)*

Mezomo [40] diz que o uso de cigarro no hospital é desaconselhável, sobretudo porque pode agravar as condições de saúde dos pacientes.

A estrutura física das unidades de internação foi também citada como itens que interferem na qualidade do atendimento. Neste estudo, os idosos expressaram seu descontentamento pela inexistência de banheiros nos quartos, ou quando existiam, não eram seguros. Veja como esses idosos se referiram.

> *"... o banheiro deveria ser no quarto do paciente. O engenheiro falhou, porque facilita o deslocamento, independentemente se consegue ir sozinho ou não...". (I63)*

"... tem que se ter cuidado para não escorregar porque o piso é liso demais, ainda mais que estou fraco e nem todos os banheiros têm aquele ferro que ajuda...". (I57)

Foi também mencionado que existia dificuldade ou mesmo medo de se mexer ou de cair da cama:

"... se a cama fosse mais baixa e mais larga seria melhor, fico temerosa de cair...". (I69)

As situações acima descritas pelos pacientes remetem à legislação vigente [40,41], que regulamenta a matéria e recomenda o uso de barras de apoio, de cor contrastante com a parede, a instalação de piso antiderrapante, sem desníveis e outras mais.

Para humanizar a assistência é preciso reconhecer que o cenário hospitalar não deve ser diferente de qualquer outro ambiente que o idoso freqüente. O hospital necessita estar adaptado, de modo a permitir a locomoção, acomodação, distração, tratamento e, conseqüentemente, a assistência de que o idoso necessita [32].

Conclusão

O equilíbrio obtido no ambiente hospitalar pelas muitas condições influencia o estado de saúde do individuo. Para o idoso, fatores como redução da capacidade de responder ao estresse, aumento da freqüência e multiplicidade de perdas, e alterações gerais associadas ao processo normal de envelhecimento, quando combinados podem colocá-lo em risco de perda da capacidade funcional.

Essa questão deve ser alvo de atenção constante da equipe de saúde. Cada profissional dentro de sua especialidade deve ter esta consciência e fazer de tudo para que o idoso encontre acalento no ambiente hospitalar.

Para cuidar no hospital é preciso que o profissional compartilhe o saber, o fazer e o estar com o idoso e sua família, só assim poderá de verdade ajudá-lo positivamente durante sua internação.

A experiência cotidiana do atendimento ao público nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos etc. Todos esses aspectos são importantes para a qualidade do sistema; porém, as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo em uma área como a da saúde, não funcionam sozinhos. A eficácia dos serviços de saúde é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento.

Neste trabalho, o ambiente físico foi considerado adequado pela maioria dos idosos, ênfase foi dada nas relações humanas, demonstrando claramente a importância da arte da comunicação e da necessidade de alteração da dinâmica assistencial prestada pelos profissionais de saúde. O foco não deve ser voltado à tarefa e sim ao idoso propriamente dito e toda sua singularidade.

Referências

1. Berquó E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população do Brasil. Anais do 1º seminário internacional envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século. Brasília: Secretaria de Assistência Social (SAS) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); 1996.
2. Veras R. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relumé Dumará UERJ; 2002.
3. Ide CAC, Domenico EBL. Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.395 de 09 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 13 dez 1999. Seção I, p. 20.
5. Vicini G. Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos. São Paulo: Senac; 2002.
6. Santos SSC. Enfermagem Gerontogeriátrica: reflexão a ação cuidativa. 2a ed. São Paulo: Robe ; 2001.
7. Silva MJP. O amor é o caminho: maneiras de cuidar. São Paulo: Gente; 2000.
8. Neman FA. Experienciando a hospitalização com a presença da família: um cuidado que possibilita conforto [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2000.
9. Ribeiro MIC; Furegato ARF. Reflexões sobre a importância do relacionamento interpessoal na formação de profissionais de enfermagem. Nursing (São Paulo) 66(6):19-24; 2003.
10. Silva MJ, Dias DC. O registro da prática da enfermagem da realidade do cuidado rotineiro à utopia do cuidado individualizado. Nursing (São Paulo) 11(2):21-26;1999.
11. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.

12. Myers J. Personal empowerment. Journal of the International Federation on Ageing 1993; 20(1):3-8.
13. Cabral NM, Barreisk S, Silva RM, Santos ZMSA, Vieira LJES. Práticas terapêuticas em idosos com osteoporose: um campo para educação em saúde. Texto e Contexto Enfermagem 2003;12(2):174-181.
14. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco; 2001. p.113-127.
15. Silva AL. Reflexão sobre a experiência de uma enfermeira no cuidar com base no modelo homeodinâmico. Rev Gaúch Enferm1993;14(2): 94-101.
16. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini-Mental State: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12(3):189.
17. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3a ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2001.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições; 1979.
19. Du Gas BW. Enfermagem prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1984.
20. Marchini JS, Ferriolli E, Moriguti JC. Suporte nutricional no paciente idoso: definição, diagnóstico, avaliação e intervenção. Medicina 1998;31(1):54-61.
21. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITO. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI). Rev Bras Nutr Clin 1999;14(2):124-134.
22. Bodinski LH. Dietoterapia: princípios e prática. São Paulo: Atheneu; 1988.
23. Barbosa JAG. Enfermagem em terapia nutricional. Revista Nursing 2003;60(6):21-24.
24. Pinheiro RS, Travassos CM. Desigualdade na utilização de serviços e saúde por idosos em três áreas da cidade do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 15(3):487-496.
25. Portella MR, Bettinelli LA. Humanização da velhice: reflexões acerca do envelhecimento e do sentido da vida. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p.101-110.
26. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico de satisfação do usuário do programa de saúde de família na Bahia. Ciênc Saúde Coletiva 2002;7(3):581-589.
27. CVS. Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS 16. Dispõe sobre o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), define Castro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS) e os procedimentos administrativos a serem adotados pelas equipes estaduais e municipais de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo e dá outras providências. Diário Oficial de São Paulo. Poder Executivo. 24 out 2003. Seção I.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; 1990.
29. Brasil. Lei 10.294 de 20 de abril de 1999. Dispõe sobre proteção e defesa do usuário do serviço público do Estado de São Paulo e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo. Poder Executivo. 21 Abr 1999. Seção I.
30. Brasil.Conselho Federal de Medicina. Aprova o Código de Ética Médica. Resolução nº1246. (Jan. 08; 1998).
31. Rodrigues MR, Brêtas ACP. As concepções de auxiliares de enfermagem quanto à relação de dependência-autonomia de idosos hospitalizados. Texto e Contexto Enfermagem 2003; 12(3):323-331.
32. Goldim JR. Bioética e envelhecimento. Gerontologia 1997;5(2):66-71.
33. Quayle J, Kahhale S, Sabbaga E, Neder M, ZugaibM. Opiniões de hipertensas internadas sobre a visita médica e a internação: estudo preliminar. Rev Ginecol Obstet 1998;9(2)61-65.
34. Inaba LC, Silva MJP. A importância e as dificuldades da comunicação verbal e não verbal no cuidado dos deficientes físicos. Nursing (São Paulo) 2002;51(5):20-24.
35. Rocha JSY, Simões BJG, Ortiz PC, Freitas PHM, Matos MPSA, Silva MSP. Avaliação da assistência médica baseada na opinião dos pacientes. Medicina 1986;19(2)89-98.
36. Godoi AF. Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais. São Paulo: Ícone; 2004.
37. Salomé GM, Guerra CA. Sentimentos dos pacientes enfartados durante o período de internação em uma UTI. Enfermagem Brasil 2003;2(3):171-176.
38. Silva CER. O processo de trabalho da limpeza e coleta de lixo hospitalar na emergência do Hospital Municipal Paulino Werneck [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
39. Brasil. Lei Federal nº 9294 de 15 de julho de 1996. Proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charuto, cachimbo ou de qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público. [serial online]; 2000. [citado 2004 abr 20]. Disponível em: URL: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=capa_legislacao.pdf
40. Mezzomo JC. Hospital humanizado. Fortaleza: Premius; 2001.
41. Brasil. Resolução nº50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Artigo original

As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias

Sandra Maria Oliveira Caixeiro-Brandão*, Silvana Alves de Melo**, Valdecyr Herdy Alves, D.Sc., Bianca Dargam****, Cristina Portela da Mota, M.Sc.*****

**Mestranda UERJ, docente em saúde da mulher UNIVERSO, **Enfermeira, CEUCEL(Centro Universitário Celso Lisboa), ***Professor Adjunto pela UFF, Presidente ABENFO-RJ, ****Mestranda EEAN/UFRJ, Professora de Estágio em Saúde Coletiva da CEUCEL, 1ª Secretaria da ABENFO-RJ, *****Professora Titular do CEUCEL (Centro Universitário Celso Lisboa), 1ª Tesoureira da ABENFO-RJ*

Resumo

O presente trabalho apresenta o olhar de enfermeiras obstétricas sobre as tecnologias utilizadas em sua prática. Pesquisa qualitativa que teve como objeto o uso da tecnologia pela enfermeira obstétrica, e, como objetivos, identificar o uso da tecnologia pela enfermeira obstetrícia e discutir a necessidade dessa utilização no cuidado à mulher. Os dados foram coletados em uma maternidade privada no Município do Rio de Janeiro, no período de fevereiro a junho de 2006, mediante a utilização de entrevistas semi-estruturadas, com sete enfermeiras, após consentimento livre e esclarecido. Concluímos que a interferência da tecnologia médica sobre o parto está associada ao poder econômico que se apossou do corpo da mulher, preconizando que o nascimento seguro é aquele que ocorre no meio hospitalar, munido de alta tecnologia e atitudes técnicas, muitas vezes desnecessárias.

Palavras-chave: tecnologia, enfermagem obstétrica, cuidado.

Abstract

The obstetrical nurses and the use of technology

This paper presents the obstetrical nurses point of view of technology used at their practice. The object of this qualitative research was the use of technology by obstretrical nurses, and, the aims are as follows: to identify the use of the technology by the obstetrical nurse and to discuss the need of that use in the care to the woman. Data was collected from February to June 2006, based on seven semi-structured interviews with nurses in a private maternity in Rio de Janeiro. We concluded that interference in medical technology relating to childbirth is associated to economic situation and presupposes that delivery is relatively safe when done in a hospital equipped with high technology and technical procedures, which are often unnecessary.

Key-words: technology, obstetrical nursing, caring.

Artigo recebido em 28 de agosto de 2006; aceito em 10 de abril de 2007.
Endereço para correspondência: Sandra Maria Oliveira Caixeiro-Brandão, Rua Engenheiro Albuquerque nº 62, Nova Iguaçu, 26030-700 Rio de Janeiro, Tel: 3759-6027/9716-8436, E-mail: caixeiro40@ig.com.br

Resumen

Las enfermeras obstetrices frente al uso de tecnologías

Este trabajo presenta el punto de vista de las enfermeras obstetrices sobre las tecnologías utilizadas en su práctica. Se trata de una investigación cualitativa que tiene como objeto el uso de tecnología por las enfermeras obstetrices, y, como objetivos, identificar el uso de tecnología por las enfermeras obstetrices y analizar la necesidad de ese uso en el cuidado de la mujer. Los datos fueron colectados en una maternidad privada del municipio de Rio de Janeiro, en el período de Febrero a Junio de 2006, por medio de entrevistas semi-estructurada, con siete enfermeras, después del consentimiento libre y esclarecido. Los resultados demuestran que la interferencia de tecnología médica sobre el parto está asociado al poder económico que preconiza que el parto seguro es el que transcurre en hospitales equipados de alta tecnología y actitudes técnicas, muchas veces desnecesarias.

Palabras-clave: tecnología, enfermería obstétrica, cuidado.

Introdução

Vamos discutir inicialmente as várias reflexões sobre as definições abordadas para tecnologia, cuidado e tecnologia de cuidado e, sua utilização prática pela enfermeira obstétrica no campo laboral. As conceituações sobre tecnologia decorrem de diferentes vertentes do pensamento e são permeadas pelas freqüentes polêmicas geradas pelas forças sociais, políticas e econômicas de suas respectivas épocas.

A crescente industrialização no pós-guerra possibilitou avanços em áreas, como a da saúde, além da importação e utilização em grande escala de equipamentos. Atualmente, a tecnologia apresenta-se em duas categorias: as de produto tais como equipamentos, instalações físicas, ferramentas; e as de processos que incluem as técnicas, métodos e procedimentos utilizados para obtenção de um determinado produto.

Na saúde, a tecnologia está presente quando comandada pelas "tecnologias duras", tais como, equipamentos, exames, "leve-duras", saberes bem estruturados como a clínica médica, a psicanálise, a epidemiologia e os protocolos delas decorrentes e, as "tecnologias-leves", onde encontramos saberes que resultam na produção do cuidado em saúde, liberando o potencial transformador e qualificando a assistência [1].

Segundo Ferreira [2], tecnologia é um *"conjunto de conhecimentos, especialmente princípios científicos, que se aplicam a um determinado ramo de atividades"*. Este conceito nos leva a pensar em tecnologia como um saber/fazer de forma eficaz, pois quando o princípio científico é mencionado, inferimos a necessidade da utilização do raciocínio lógico no desenvolvimento de uma atividade.

Assim sendo, as diferentes definições de tecnologia apontam para três enfoques distintos entre si.

Numa visão instrumental, a tecnologia é visualizada como um instrumento ideológico, social e politicamente neutro, não sendo responsável pelo uso que se faça dela. Assim, a aplicação humana é quem vai determinar sua natureza positiva ou negativa. Nesta visão, quando a tecnologia falha ou quando tem conseqüências negativas, não poderemos culpá-la e, sim o uso impróprio desta [3].

Numa segunda posição, a substantiva, demonstra uma revolta contra as influências prejudiciais da tecnologia nas relações sociais, que também era denominada de teoria pessimista. Nesse caso, a tecnologia é uma força cultural autônoma capaz de reestruturar todo o mundo social, como se fosse um objeto de controle [4].

Com outro olhar, relatamos que a tecnologia vem sendo utilizada em substituição a alguns cuidados antes realizados manualmente pela enfermagem, que pode gerar afastamento na relação entre a enfermeira e o cliente. Esta substituição pode, inclusive, estar redirecionando a enfermeira para a realização de funções administrativas e burocráticas. Logo, dizemos que a incorporação das tecnologias de ponta nos cenários de assistência implicou em um redimensionamento do espaço do cuidado [5].

Nesse contexto, consideramos que a tecnologia é capaz de determinar o estilo de vida de toda a sociedade. Em situações extremas ela pode transformar o próprio homem em um objeto de controle da tecnologia [4].

Assim, entendemos que a tecnologia como ciência aplicada no cuidado prestado pelas enfermeiras obstétricas deve ser empregado de maneira criteriosa, pois ela pode ter influência, positiva ou negativa, na saúde da cliente.

Acreditamos que o motivo que justifica o apego à máquina deriva da crença de que o profissional que domina a tecnologia ocupa uma posição privilegiada, na qual sua influência e fascínio podem sugerir mudanças no cuidado de enfermagem, trazendo impessoalidade, formalismo, frieza institucional e desvalorização da cliente como indivíduo.

Porém, confiamos que a tecnologia pode ser empregada de forma a aproximar a enfermeira obstétrica da cliente, contribuindo para humanizar o cuidado. No entanto, isto só será possível quando a tecnologia for empregada de maneira crítica e racional.

A enfermagem vem percorrendo um longo caminho na busca de seu reconhecimento, tendo o cuidado como essência de sua prática e, sendo apontado como princípio básico da enfermagem.

Para Leininger [6], *"o cuidado [...] se refere às atividades empregadas na assistência, ajuda ou facilita o indivíduo ou grupo, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana [...]".*

Na visão de Ferreira [2], temos a definição de cuidado como sendo: *"atenção, cautela, desvelo, zelo".*

De acordo com o exposto, podemos então citar que cuidado é toda atenção fornecida à cliente através da assistência de enfermagem, com o intuito de contribuir positivamente na saúde física e mental do indivíduo.

Agora vamos caminhar no sentido de unir as duas palavras, com o objetivo de definir tecnologia de cuidado, para que possamos explicitar melhor o problema do estudo.

Neves e Vargens *apud* Progianti e Vargens [7] definem tecnologia de cuidado como sendo *"todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante o processo de cuidado do paciente".*

Voltando nosso olhar para a enfermagem obstétrica, citamos Medina *apud* Progianti e Vargens [7], que nos apresentou a idéia das tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica como sendo: *"aquelas desenvolvidas e utilizadas pela enfermeira obstétrica no cuidado à mulher, [...] são empregadas nas diferentes fases do processo de parir e nascer".*

Incorporando a concepção de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica, citamos como sendo aqueles procedimentos de cuidado empregados pela enfermeira obstétrica, baseados na idéia de que a enfermeira não é sujeito do evento, vê o parto como um evento biológico, acredita que o evento exige atenção, cuidado e não controle e defende o respeito à privacidade e à segurança da mulher [7].

Colocado o assunto a partir dessas proposições, podemos dispor que a questão que nos aflige está condicionada ao fato de que nos dias atuais, a tecnologia tem sido utilizada de maneira inadequada no cuidado à saúde da mulher, em que a transferência da atenção ao parto e nascimento, do domicílio para o hospital deu origem ao crescimento de uma assistência complexa, com rigorosa assepsia e procedimentos técnicos desnecessários. Essa interferência tecnológica é associada ao poder econômico que se apoderou do corpo da mulher, dando a idéia de que o nascimento seguro é aquele que ocorre no espaço hospitalar, conduzido por alta tecnologia, não respeitando a individualidade de cada cliente.

Sendo assim, o hospital foi transformado em uma fábrica depositária de sofisticada tecnologia, a parturiente passou a ser vista como paciente e a ser submetida a vários exames, diagnósticos diferenciados e a procedimentos invasivos dispensáveis e quanto mais avançado for o cuidado, melhor é o conceito dessa instituição de saúde. Reforçando nossa explanação, Jakobi [8] diz que a família insegura e despreparada nesse mesmo contexto é conduzida a se adaptar às rotinas e procedimentos hospitalares, submetendo-se ao livre arbítrio do saber tecnológico.

Os profissionais, ainda hoje, estão envolvidos no modelo antigo de assistência ao parto, mas têm a oportunidade de ajudar a construir um sistema que poderá vir a se constituir num modelo mais eficiente de atenção.

Diante do assunto exposto e para o tema de nosso estudo, podemos levantar as seguintes questões norteadoras: De que maneira a enfermeira obstétrica tem utilizado a tecnologia na assistência à mulher? Como a enfermeira obstétrica percebe a tecnologia?

À luz do que foi até aqui exposto, definimos para essa pesquisa o seguinte objeto de estudo: a utilização da tecnologia pela enfermeira obstetrícia no campo laboral.

Desta forma, foram estabelecidos os seguintes objetivos: identificar o uso da tecnologia pela enfermeira obstetrícia e discutir a necessidade dessa utilização no cuidado à mulher.

Para Davim e Menezes [9]:

A parturiente deve ser acompanhada por profissionais capacitados, para que as intervenções sejam minimizadas e usadas quando forem realmente necessárias, e não como rotinas, privilegiando o bem estar da parturiente e do feto, tentando não fazer uso de técnicas, que naquele momento, podem ser dispensadas.

Material e método

A opção pelo método e técnica de pesquisa depende da natureza do problema que preocupa o investigador, do objeto que se deseja conhecer ou estudar, da temática investigada ou até dos objetivos traçados, sendo que uma técnica pode se tornar mais adequada que outra [10].

Ao tratar o presente estudo, de forma a analisar de maneira interpretativa os dados observados, identificamos à abordagem metodológica qualitativa, como sendo a que mais se adequou a este trabalho investigativo. Nessa dimensão vamos procurar analisar o emprego das tecnologias de cuidado e sua real necessidade de utilização pelas enfermeiras obstétricas no cuidado à mulher.

A investigação foi desenvolvida no período de fevereiro a junho de 2006, tendo como cenário um hospital maternidade, da rede particular de saúde, conveniado com o sistema único de saúde (SUS), situado no Município do Rio de Janeiro. Foram realizadas entrevistas com sete enfermeiras obstétricas, que vivenciam cotidianamente a assistência de enfermagem à gestante, à parturiente e à puérpera. O critério de escolha dos sujeitos, não dependeu da concepção adotada por cada profissional, priorizou-se a disponibilidade das enfermeiras e a aceitação de participar das entrevistas com a assinatura do Consentimento Livre e Informado.

Como instrumento, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado, constando de questões sobre a percepção da enfermeira obstétrica em relação à aplicação das tecnologias e as ações que esta profissional desenvolve em seu cotidiano, fazendo uso dessas mesmas tecnologias, com o intuito de contribuir na melhoria do cuidado à mulher.

A fim de dar cumprimento às questões éticas em pesquisa, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética do referido Hospital, obtendo-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização da pesquisa, atentando para as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde [11].

Para a análise dos dados coletados, utilizamos os passos propostos por Minayo [12]: ordenação e classificação dos dados, agrupamento das idéias em categorias e análise final dos resultados obtidos.

Na análise desses dados, o primeiro passo foi a transcrição das entrevistas. Em seguida, procedeu-se a leituras e re-leituras delas, até o ponto de total saturação, quando buscamos: identificar cada técnica de cuidado relatada pela enfermeira, sua percepção, e agrupá-las por afinidade.

Uma vez identificada as idéias comuns, cada entrevista era lida e re-lida na íntegra para confirmar se elas expressavam-se ao longo da fala dos sujeitos.

Por último, na análise de dados, buscou-se, através de leituras das falas, identificar a relação das categorias entre si, chegando assim ao típico da prática do profissional e de sua percepção, aquilo que representa a essência, o que é comum a enfermeira obstétrica no cuidar frente ao emprego das tecnologias de cuidado.

A pesquisa está sempre intimamente envolvida com transformações da sociedade, de um grupo social ou de uma profissão, de modo que seus objetivos, sua dinâmica e seus resultados têm como cliente/alvo, direta ou indiretamente, o ser humano, sua vida e seu ambiente. Portanto, a preocupação fundamental da pesquisa não pode fugir da busca do bem-estar das populações.

Resultados e discussão

Examinamos os discursos das enfermeiras e, após leitura exaustiva, obtivemos por similitude duas categorias temáticas: percepção da enfermeira frente ao uso de tecnologias e a utilização desta no cuidado à mulher.

Percepção da enfermeira obstétrica sobre tecnologia

Ao questionar-se sobre a percepção que a enfermeira obstetra tem da tecnologia, observamos que ainda prevalece, nos dias de hoje, a idéia precursora de que o uso da tecnologia no campo da enfermagem obstétrica é absolutamente necessário e indispensável, sem a qual o parto eutócico não aconteceria. Os relatos aqui reproduzidos indicam essa tendência:

> *Tecnologia é todo o instrumento ou técnica usada a favor da modernidade, visando melhorar a vida do homem.*
>
> *(Dep.1)*

> *Significa que estamos no caminho certo para as descobertas científicas, e que tal junção nos projeta para um futuro onde não haverá a necessidade de usarmos aparelhos retrógrados e demorados para diagnóstico de patologias onde o tratamento e prognóstico serão bem mais favoráveis.*
>
> *(Dep.2)*

> *A tecnologia é um avanço, uma inovação, visa obter informações precisas no decorrer da gestação.*
>
> *(Dep.3)*

O modo como o parto é assistido, ainda em nossos dias, por boa parte dos profissionais de saúde e principalmente pela classe médica, leva-nos a pensar que a gestação é um risco, que a parturiente é incompetente para conduzi-lo sozinha e que, para que aconteça com segurança, o corpo da mulher deve ser entregue nas mãos do profissional médico, sendo este o único profissional capaz de fazê-lo.

Em nosso entendimento, o parto natural é um evento do qual devemos respeitar sua fisiologia, sem intervenções desnecessárias, onde a assistência é baseada na idéia de que o parto não é uma patologia que necessite de intervenção rotineira, a menos que se justifiquem como extremamente necessárias para a manutenção da vida da mulher e do recém-nascido.

Who [13], afirma também que:

> *O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudável com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que o parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural.*

A tecnologia está sendo superestimada, incentivando um atendimento à mulher cada vez mais especializado, em que a sociedade avalia como assistência de boa qualidade, àquela que se utiliza de equipamentos médicos sofisticados [14].

A gravidez, o parto e o nascimento vêm apresentando ao longo dos tempos, um processo de maciça medicalização, amparada pela introdução abusiva de tecnologias de cuidado a partir da concepção.

Na medida em que se amplia o emprego em larga escala de tecnologia na assistência ao parto e nascimento, diminui-se o grau de humanização, pois o profissional de saúde, ao invés de aperfeiçoar a sua prática com o uso da tecnologia, fica a mercê dela [15].

Eliminar o raciocínio clínico-médico e posterior desmedicalização do corpo do profissional de saúde, inclusive de boa parte das enfermeiras, como única alternativa para assistir a parturição, é ainda um grande desafio. A introdução de tecnologias não invasivas de cuidado pela enfermagem, como direito de distintas opções oferecidas à mulher, significa para nós o início do processo de desmedicalização da enfermeira [7].

A ênfase da assistência deveria estar focada na valorização da comunicação humana e nas relações interpessoais, na satisfação das necessidades das clientes, sem recorrer a técnicas e métodos complexos e priorizando o natural.

É preciso analisar criticamente a utilização das tecnologias segundo as modalidades de atendimento, devendo ser adotadas aquelas que podem satisfazer as verdadeiras necessidades do corpo da mulher, o que implica na atuação profissional criteriosa e com foco na responsabilidade social.

Além de ser vista como imprescindível na parturição, a tecnologia tem seu uso rotineiro atrelado à questão da prevenção de complicações para a parturiente e para o recém-nascido. O depoimento aqui reproduzido nos revela:

> *Percebo que o acompanhamento às mães e aos recém-nascidos, se dá com maior segurança, onde qualquer intercorrência, com ambos resulta em maior agilidade na resolução.*
>
> *(Dep.2)*

Em nome da defesa da vida e da ausência da dor, a tecnologia acabou se apossando do processo natural de parturição. Ao dissertarmos sobre o protagonismo da mulher no momento do parto, entendemos que os profissionais envolvidos neste evento deveriam compreender que este momento é singular e deve ser humanizado, devendo ser afastado da parturiente as tecnologias empregadas no cuidado de maneira excedente, evitando, assim, as

ações intervencionistas que, na maioria das vezes, acarretam a despersonalização da mulher.

Emprego da tecnologia pela enfermeira obstétrica

Ao analisarmos esta categoria, pudemos perceber que, em sua grande maioria, as enfermeiras entendem que o emprego da tecnologia na parturição está diretamente relacionado ao uso de equipamentos e/ou aparelhos médicos, medicamentos entre outros, desconhecendo o cuidado, ato e ação de enfermagem como tecnologia possível de ser útil no atendimento à mulher. Os relatos que se seguem indicam este fato:

> *O ultrassom e o cardiotoco são recursos importantes para ajudar no diagnóstico.*
> *(Dep. 4)*

> *Utilizo o ultrassom, sonar e cardiotocografia, a tecnologia está avançada, ajuda no progresso do trabalho de parto.*
> *(Dep. 6)*

> *O uso do ultrassom, cardiotocografia e sonar, contribuem obtendo informações sobre a gestação e acompanhamento sobre a saúde do bebê e da mãe.*
> *(Dep. 7)*

Como podemos perceber nas falas, as enfermeiras apresentam a idéia de que o uso das tecnologias chamadas duras, tais como equipamentos, seriam as principais formas do emprego desta, pois em nenhum momento o cuidado foi citado como forma de tecnologia na assistência à mulher.

Entendendo que o cuidado definido como atenção fornecida ao outro e, sendo o cuidar um ato de enfermagem baseado em princípios científicos, que prevê diagnóstico, intervenção e avaliação [16], chegamos à conclusão que o cuidado também se caracteriza como um tipo de tecnologia verdadeiramente útil no cuidado à saúde da mulher.

Ao avaliarmos o emprego do ultrassom na gravidez, percebemos que é essencial fazer a distinção entre seu uso seletivo, para indicações específicas, e seu uso rotineiro como um procedimento de triagem. Essencialmente, o ultrassom provou ter seu valor em várias situações específicas nas quais o diagnóstico permanece incerto, depois que o histórico clínico for levantado e o exame físico realizado [17].

O uso rotineiro de várias condutas obstétricas e de certos aparelhos de monitoramento acaba legitimando a "tecnologização" do parto, na medida em que demandam mais intervenções. O monitoramento eletrônico fetal é um exemplo claro de tecnologia obstétrica que gera demanda por mais intervenções, muitas vezes desnecessárias.

A sociedade incorpora rapidamente tais valores, passando a se constituir, ideológica e inconscientemente, em mecanismo de pressão que favorece a ampliação e a hegemonia de tais práticas. Daí a valorização do uso abusivo das tecnologias, cobrando por vezes, práticas que nem sempre são as mais adequadas para certas situações.

Tanaka & Alvarenga [18] relatam que:

> *O corpo da mulher passa, então, a servir de simples objeto para pesquisa e desenvolvimento de tecnologias, a fim de corrigir defeitos ou mesmo suprir necessidades de reprodução permitindo o estabelecimento de um comércio que passa a ganhar grandes proporções na moderna sociedade.*

Sabemos que o elevado emprego da tecnologia e o processo de medicalização vêm desnaturalizando progressivamente o parto e aumentando seu grau de risco. As mulheres que peregrinam em busca de assistência acabam sendo submetidas a uma única opção, que é o parto hospitalar.

O emprego de medicamentos e a solicitação de exames diagnósticos, também foram mencionados como meio de uso da tecnologia no cuidado à saúde da gestante, como veremos a seguir:

> *O uso de medicamentos, exames e aparelhos, possibilitam maior monitoramento, diagnósticos precoces em caso de intercorrências.*
> *(Dep. 5)*

O desenvolvimento de novas tecnologias para apoio do diagnóstico trouxe grandes vantagens para a melhoria da qualidade da assistência à mulher, no entanto, o avanço da ciência criou uma alta dependência desses exames, substituindo, assim, o próprio raciocínio clínico [17].

O que nos incomoda e o que nos faz pensar é, o fato de que a enfermeira não entende o significado

desse seu *fazer* e *cuidar* como ciência a serviço da mulher, sendo esse *cuidar*, uma prática substancial que fornece ao profissional total autonomia, exigida nos dias de hoje pela profissão. Esse profissional amarrado ainda ao paradigma tecnocrático recebe ordens médicas para todas as ações praticadas, sem apelo as discussões científicas, ausentes de pensamento crítico, no sentido de poder avaliar efetivamente aquilo que foi prescrito para o seu fazer [16]. A partir desse ponto de vista, a enfermeira não consegue perceber o cuidado de enfermagem, como tecnologia fidedigna que permite, mesmo nas situações que não podem ser mudadas, confortar, resguardar, auxiliar e amparar essa mulher.

O cuidar no sentido profissional, refere-se aos modos, cognitivos, humanísticos e científicos, destinados a ajudar e capacitar o indivíduo, a família ou a comunidade a receber serviços personalizados. Esses cuidados são prestados por meio de processos, técnicas e padrões de cuidados específicos e culturalmente definidos para melhorar ou manter uma condição favoravelmente saudável para a vida ou para a morte [6].

Leininger [6] investiga comportamentos de cuidar em diversas culturas e nos mostra como as pessoas perpetuam os rituais de cuidar e os valores de suas culturas. Um bom número dessas práticas de cuidado permanece fiel às suas origens, passando de geração a geração através dos tempos. Cada cultura, portanto, tem maneiras próprias de definir, compreender, refletir e explicar a saúde e a doença. O cuidado é assim um fenômeno culturalmente construído.

O modelo de assistência obstétrico encontrado no Brasil, atualmente, é caracterizado por um alto grau de medicalização e abuso de práticas que ignoram sensações e sentimentos da gestante sobre o progresso da gravidez. A enfermeira obstétrica, segundo Figueiredo [16], atrelada ao paradigma biomédico, não consegue se desvencilhar desse modelo medicalizado de assistência e, por vezes, não considera os aspectos ambientais, psicológicos e sociais como aspectos que permeia o seu fazer.

O uso da tecnologia no campo da enfermagem obstétrica está presente, portanto, na assistência à mulher no período gravídico-puerperal de forma integral e sistematizada, entretanto não devem ser estimuladas e valorizadas as intervenções rotineiras, abusivas, desnecessárias e agressivas ao corpo da mulher.

Conclusão

A "tecnologização" e a medicalização presentes na atenção à mulher, fizeram com que as enfermeiras obstétricas e a clientela, fossem levadas a pensar que a atenção adequada ao nascimento perpassa, necessariamente, pela assistência mais complexa, dispendiosa, pesada e, por que não dizer, desumana.

A Instituição de saúde que lança mão da mais alta tecnologia no cuidado à mulher é, efetivamente desejada, como sonho de consumo, tanto pelos profissionais de saúde quanto pela cliente, onde essas usuárias, não percebem que a instituição transmuta arbitrariamente e propositalmente os eventos fisiológicos e naturais em tecnológicos e medicalizados, afastando, cada vez mais, as usuárias de exercer sua cidadania, visto que, não lhe são oferecidos opções de escolha no processo de parturição.

A partir da análise das falas das enfermeiras obstétricas, reconhecemos, que elas adotam, rotineiramente, condutas extremamente tecnicistas, em substituição ao seu saber/fazer, em que o uso dessa tecnologia transformou o dia-a-dia fisiológico da mulher em uma rotina altamente perigosa à sua saúde.

As enfermeiras obstétricas devem estar conscientes de seu importante papel, no que tange à mudança da assistência, ainda atrelada ao paradigma tecnocrático, já que elas são valiosos instrumentos que integram essa assistência.

Conciliar o conhecimento científico, capacidades e competências que fazem parte de seu fazer como ciência, ao saber tecnológico, quando esse for realmente necessário, é atribuição da enfermeira obstétrica, na medida em que, é ela quem intermedia a utilização dessas fundamentais ferramentas, com o intuito de propiciar um cuidado que vise efetivamente auxiliar a mulher em suas necessidades básicas afetadas.

Entendemos que urge a necessidade de refletirmos, não só, sobre o cuidado de enfermagem e sobre a tecnologia utilizada nesse cuidado, como também, sobre a tecnologia não invasiva desse cuidado, tais como a utilização do saber e do conhecimento cientificamente estruturado, que são utilizados como tecnologias possíveis na assistência à saúde da mulher. Por exemplo, quando a enfermeira planeja, decide e executa com autonomia a sua prática, avaliando a real necessidade do uso de determinadas técnicas, procedimentos e conhecimentos no processo de parir e nascer.

Podemos então concluir, é mister sugerirmos aqui novas e profundas discussões que direcionem, para o campo da enfermagem obstétrica, bases teóricas fundamentadas, de uma assistência motivada a perceber o indivíduo, a família e a comunidade, como parte integrante desse cuidar, destinadas a valorizar o paradigma humanístico e talvez quem sabe, o paradigma holístico de cuidado a gestante, parturiente e puérpera.

A enfermeira obstétrica, seguramente, tem o poder de quebrar resistências, utilizando-se de seu saber científico e, contribuir significativamente para mudar a assistência prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Referências

1. Mehry E. Saúde e cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2001.
2. Ferreira ABH. Minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2002.
3. Chandler D. Technological or media determinism. [citado 2006 Abr 11]. Disponível em: URL: http://www.aber.ac.uk/media/documents/tecdet.html.
4. Sancho JM. A Tecnologia: Um modo de transformar um mundo carregado de ambivalência. Para uma tecnologia educacional. Porto Alegre: Artmed; 1998.
5. Waldow VR. Atualização no cuidado: na busca na integralidade. In: Cuidado humano: o resgate necessário. 2a ed. Porto Alegre: Sagsa Luzzato; 1999.
6. Leininger M. Teoria transpessoal do cuidado. [citado 2006 Abr 12]. Disponível em URL: http://www.ufrgs.br.
7. Progianti JM. Vargens OMC. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. Esc Anna Nery Rev Enferm 2004;8:194-7.
8. Jakobi HR. O parto natural e humanizado. [citado 2005 Nov 29]. Disponível em: URL: http://www.jacobi.com.br/partohumanizado.htm.
9. Davim RMB, Menezes RMP. Assistência ao parto no domicílio. Rev Latinoam Enfermagem 2001;9:2001.
10. Badim L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2003.
11. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96 Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
12. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo:Hucitec-Abrasco; 1999.
13. World Health Organization. Safe motherhood. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Genebra: WHO; 1996.
14. Pereira ALF. O parto assistido pela enfermeira na política de humanização ao parto e nascimento [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.
15. Fernandes BM. A casa de parto da faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora: diagnóstico do perfil da assistência e a percepção das usuárias [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
16. Figueiredo NMA. Carvalho V. Queluci GC. Silva ROL. Do ato médico para o ato de enfermagem: princípios para uma prática autônoma de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2005;9:28-38.
17. Wagner M. Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology. Sydney: ACE Graphics; 1994.
18. Tanaka AC, Alvarenga AT. Tecnologia e medicalização na concepção e anticoncepção. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1999.

Enfermagem Brasil
Março / Abril 2007;6(2)

Artigo original

Construção e testagem clínica de instrumentos para a execução da sistematização da assistência de enfermagem na clínica médica de um hospital de ensino

Fernanda Lucas Lopes*, Michelle da Silveira Chapacais Szewczyk*, Silvana Sidney Costa Santos**, Maria Elizabeth Cestari**

**Enfermeira do Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal do Rio Grande/RS (FURG), Especialista em Projetos Assistenciais de Enfermagem, Aluna do Mestrado em Enfermagem da FURG, ** Enfermeira, Professora do Departamento e do Mestrado em Enfermagem da FURG*

Resumo

Estudo metodológico desenvolvido em uma unidade de clínica médica de um hospital de ensino, que tem como objetivo construir um instrumento de coleta de dados denominado de Histórico de Enfermagem para aplicação posterior e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nessa clínica. A construção do histórico de enfermagem foi fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Após a sua construção, o mesmo foi aplicado a uma amostra de 33 pacientes internados, aos quais se consideraram os aspectos éticos da Resolução 196/96. A partir destes dados foi possível elaborar o instrumento denominado Plano de enfermagem contendo os diagnósticos e as intervenções de enfermagem. Este estudo possibilitou compreender que a SAE tem sido uma experiência inovadora, estimulando várias enfermeiras brasileiras a enfrentarem este desafio na assistência, no ensino e na pesquisa e são importantes os instrumentos que subsidiam esta ação profissional.

Palavras-chave: Enfermagem, assistência, processo de enfermagem.

Abstract

Construction and clinical testing of instruments for the execution of the systematization of the nursing assistance in the medical clinic of a teaching hospital

Methodological study developed in the medical clinic unity of a teaching hospital, with the objectives of building an instrument for the collection of data called the Nursing Historical; applying the built instrument; and elaborating a plan of care for future implantation and implementation of the systematization the nursing assistance (SNA) in this clinic. The building of the nursing historical was based on the Theory of Basic Human Needs. After the building of the historical it was applied

Artigo recebido em 03 de outubro de 2006; aceito em 10 de abril de 2007.
Endereço para correspondência: Fernanda Lucas Lopes, Rua Herval do Sul, 258, Cassino, 96208-040 Rio Grande RS, Tel: (53) 32367843, E-mail: fernanda.lopes@vetorial.net.

to a sampling of 33 interned patients, respecting the ethical aspects of Resolution 196/96. Using this data it was possible to elaborate the instrument named Nursing Plan, containing the nursing diagnostics and interventions. This study made possible the understanding that the SNA has been an innovatory experience, stimulating several Brazilian nurses to face this challenge in assistance, in teaching and in research.

Key-words: Nursing, assistance, nursing process.

Resumen

Construcción y testeo clínico de los instrumentos para la ejecución de la sistematización de la asistencia de enfermería en la clínica médica de un hospital escuela

Estudio metodológico desarrollado en un sector clínico de un hospital-escuela con los objetivos de construir un instrumento de recolección de datos denominado: "Historia clínica de enfermería"; aplicarlo, y elaborar un plan de cuidados para posterior implantación e implementación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) en esta clínica. La construcción de la "Historia clínica de enfermería", fue fundamentada en la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas. Después de su construcción fue aplicado en una muestra de 33 pacientes internados, a los cuales se consideraron los aspectos éticos de la resolución 196/96. A partir de estos datos fue posible elaborar el instrumento denominado "Plan de Enfermería" conteniendo los diagnósticos y las intervenciones de enfermería. Este estudio posibilitó comprender que el SAE ha sido una experiencia innovadora estimulando a varias enfermeras universitarias brasileras a enfrentar este desafío en la asistencia, en la enseñanza y en la investigación.

Palabras-clave: Enfermería, asistencia, proceso de enfermería.

Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um instrumento de trabalho para a enfermagem, pois expressa a organização da assistência de enfermagem ao refletir a visão de um cliente de forma integral, sendo a responsabilidade de sua execução atividade privativa do profissional enfermeiro [1].

A SAE não é apenas um modo de fazer, mas também uma forma de pensar a prática profissional e envolve três áreas inter-relacionadas da cognição: o raciocínio e julgamento diagnóstico; o raciocínio e julgamento terapêutico e o raciocínio e julgamento ético. Apesar de tratar-se de um método científico não é aplicado de uma forma totalmente objetiva, pois tanto quem aplica quanto quem recebe são seres humanos e, portanto, carregados de subjetividade, pois as dimensões do pensar, do sentir e do agir articulam-se, na SAE, de forma indissociável [2].

Apesar de a SAE ser a essência da prática do enfermeiro, sua utilização ainda não é unânime na Enfermagem e faz-se necessário a sua compreensão. Muitos enfermeiros não vêm utilizando a SAE mesmo cientes de sua importância e de sua obrigatoriedade conforme Resolução COFEN-272/2002 [3], o que repercute em cuidado fragmentado e talvez menos eficaz.

O cuidado é o que diferencia a Enfermagem das demais profissões da área da saúde [4]. Com a aplicação da SAE é possível revelar um campo específico de atuação e um valor profissional frente à clientela e outros profissionais da área da saúde, evidenciando que as ações de enfermagem são compartilhadas com outros profissionais, mas apresentam sua autonomia e cientificidade, particularmente no fazer do enfermeiro.

A SAE é um instrumento de trabalho que se utiliza no Brasil para facilitar e tornar possível a ação de cuidar em enfermagem e, quando aplicada de forma sistemática e planejada, consegue-se identificar, compreender, descrever e explicar como o cliente está reagindo frente ao seu problema de saúde, levando em conta sua história natural de vida, possibilitando determinar que cuidados de enfermagem são necessários e os que devem ser implementados [5].

Frente aos fatos destacados, tem-se o objetivo neste estudo de apresentar um instrumento nos moldes de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), denominado de Histórico de Enfermagem; depois aplicar o instrumento construído, que propicie a elaboração de um plano de cuidados para posterior implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

em uma unidade clínica tomada como referência de pesquisa.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo do tipo metodológico [6], desenvolvido na Unidade de Clínica Médica (UCM) do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, da cidade do Rio Grande RS, que está vinculado à Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Esta UCM tem leitos disponíveis para 49 clientes, mas a amostra foi composta de 33 pacientes que se encontravam internados no período de coleta dos dados entre 14 e 24 de março de 2005.

A construção do instrumento de coleta de dados, o Histórico de Enfermagem, foi fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, sendo construído em cinco partes: 1) identificação; 2) percepções e expectativas; 3) necessidades básicas; 4) exame físico superficial; e 5) exame físico sistêmico.

Os dados foram coletados por meio de instrumento elaborado, o Histórico de Enfermagem [7]. Foi disponibilizado o Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias para que o cliente assinasse, respeitando os aspectos éticos e a Resolução nº 196/96 [8], além das instruções do Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde (CEPAS) da FURG.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados constitui a primeira fase do processo de enfermagem para registro dos dados do cliente, porém, para que estes dados disponham de informações específicas sobre o cliente, é necessário dispor de um instrumento apropriado [9]. Neste estudo, utilizou-se, na construção do instrumento de coleta de dados, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta [10].

O instrumento foi dividido nas seguintes partes:

1ª. identificação;

2ª.percepções e expectativas;

3ª. necessidades básicas: a) registro de hábitos, freqüência, características e problemas que a doença ou a internação trouxeram ao sono e repouso, dados sobre alimentação e hidratação – anotando hábitos, freqüência, características e problemas que a doença ou a internação trouxeram para a alimentação e a hidratação; b) registro das eliminações intestinal e urinária – questionado quanto aos hábitos, freqüência, características e problemas que a doença ou a internação trouxeram; c) registro dos hábitos de recreação e lazer – anotar sobre o hábito de fumar, de usar álcool, drogas ou outros medicamentos controlados, anotando o nome, quanto tempo faz uso e a quantidade; questionar sobre a presença de possíveis alergias e sobre o uso de medicamentos compensatórios (dosagem e freqüência).

4ª exame físico superficial: a) observar cabeça e cabelo registrando a presença de anomalias, alopecia, pediculose, sujidade; b) observar os olhos quanto à acuidade visual e sua diminuição, uso de óculos, edema, eritema, inflamação, lacrimejamento, isocoria, anisocoria, secreção, fotofobia e se hipocorados; c) observar nariz e registrar quanto à presença de epistaxe, coriza, obstrução; d) examinar a boca a registrar se halitose, hálito cetônico, hálito amoniacal, prótese dentária, ausência de dentes e cáries; e) palpar pescoço e observar garganta anotando a presença de nódulos, secreção, disfagia, dislalia, hiperemia, fissuras e rouquidão; f) inspecionar orelha e ouvido registrando quanto à acuidade auditiva e possível diminuição ou uso de aparelho, presença de secreção, sujidade ou lesões; g) examinar pele e mucosas realizando registros quanto à presença de pele ou mucosa seca, desidratada, presença de escabiose, dermatite, lesões, manchas, hematoma, alterações das unhas, petéquia, curativos (local, tamanho, tipo) e drenos; h) observar a presença de escaras realizando registros quanto à localização, tamanho e grau (grau I – eritema constante, grau II – úlcera cutânea, grau III – úlcera profunda e grau IV osso visível).

5ª exame físico sistêmico: a) verificar e registrar os sinais vitais - pressão arterial, freqüência cardíaca, freqüência respiratória e temperatura axilar; b) medir e pesar o cliente, quando possível, registrando; c) avaliar sistema cardio-respiratório realizando registros quanto a presença de cateter nasal, traquesostomia, TET em Ayre, TET em VM, dreno torácico, máscara, catéter venoso (nº e local), intracath (nº e local), flebotomia (nº e local), cianose, tosse seca, expectoração, hemoptise, respiração Cheyne-stokes, ronco, sibilo, soluço, tiragem intercostal, edema e dispnéia; d) avaliar sistema gastrointestinal realizando anotações quanto à presença de Sonda Nasogástrica (SNG), de gavagem, de drenagem, nasoenteral, gastrostomia, colostomia, ascite, constipação, diarréia, enterorragia, icterícia, náusea/vômito, pirose, hiperglicemia e hipoglicemia; e) avaliar

sistema geniturinário e realizar registros quanto a presença de Sonda Vesical de Demora (SVD), Uripen, anúria, disúria, cistocele, cistostomia, distúrbio menstrual, hematúria e poliúria; e f) avaliar sistema neuromotor realizando registros quanto à imobilidade, mobilidade com auxílio, isolamento, rede venosa debilitada, alteração da consciência, deformidades, limitação movimento, inflamação, ausência de pulso pedioso, varizes, diminuição da força, ausência de força, atrofia, convulsões, confusão mental, desorientação e síncope.

Resultados

Concluída a coleta de dados foram reunidos todos os diagnósticos encontrados que, depois de agrupados por apresentarem as mesmas características definidoras, isto é, os mesmos sinais e sintomas, totalizaram 41 diagnósticos. A partir destes 41 diagnósticos de Enfermagem estabelecemos quais seriam os mais adequados, para fazer parte do instrumento final formado por identificação dos diagnósticos de Enfermagem e Plano de Cuidados (Ações de Enfermagem e Aprazamentos), levando em conta a experiência profissional de duas das autoras, na unidade, o que possibilitou a identificação das reais necessidades de intervenção para com os clientes. Então, foram apresentados 18 diagnósticos de Enfermagem no Plano de cuidados (Quadro 1), que foi elaborado com base na taxonomia II de diagnósticos da NANDA, tendo como referência básica o livro *Manual de Diagnóstico de Enfermagem* [11] e, assim, estabelecido o plano de cuidados a partir dos escritos de Carpenito [12-13].

No Plano de Cuidados apresentamos o título do diagnóstico e um espaço no qual o enfermeiro irá completar com o fator relacionado que tal diagnóstico direcione. Poderá, ainda, acrescentar as características definidoras, que são os sinais e sintomas presentes no doente. Nas Ações de Enfermagem, também existe um parêntese em branco para acréscimo de uma possível Ação de Enfermagem que o enfermeiro julgue necessária.

Apresentamos algumas sugestões de aprazamentos que necessitam de uma adequação, a ser realizada em conjunto com os enfermeiros da unidade, pois como se trata de um modelo/proposta inicial de implantação, só no cotidiano do cuidar/cuidado realizado pela equipe de enfermagem aos clientes internados na UCM/HU-FURG é que será possível ter uma real idéia de sua utilização. Consideramos M para indicar o período da manhã; T, para o período da tarde; N para o período da noite. Q/N, significando quando necessário e C.P.M significando conforme prescrição médica.

Quadro I - Modelo de Plano de Cuidados de Enfermagem. Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG/RS), 2005.

Diagnósticos de Enfermagem	Ações de Enfermagem	Aprazamentos
( ) Risco para infecção relacionado a ---------- ----------	( ) Avaliar toda via invasiva a cada 24 horas quanto aos sinais de vermelhidão e inflamação.	M ou Q/N
	( ) Monitorar a temperatura no mínimo, a cada 24 horas.	M – T – N e Q/N
	( ) Realizar a técnica asséptica adequada ao equipamento invasivo.	Q/N
	( ) Higienizar as mãos antes e depois de prestar assistência ao paciente.	A cada procedimento
	( ) Manter a assepsia através do uso das luvas;	A cada procedimento
	( ) Trocar as áreas de inserção do cateter intravenoso a cada 48 a 72 horas, ou de acordo com as normas do hospital.	Q/N
	( )----------	

Diagnósticos de Enfermagem	Ações de Enfermagem	Aprazamentos
( ) Alteração na nutrição: menos o que o corpo necessita relacionado a ----------	( ) Explicar a importância da nutrição adequada.	M-T-N
	( ) Negociar com a cliente metas de ingestão em cada refeição e nos lanches.	Q/N
	( ) Planejar o atendimento de forma que os procedimentos dolorosos ou desagradáveis não ocorram antes das refeições.	M ou T
	( ) Determinar as exigências calóricas diárias realistas e adequadas. Solicitar a avaliação do nutricionista.	M-T-N
	( ) Proporcionar uma atmosfera agradável, relaxada para a alimentação.	M-T-N
	( ) Ensinar ou auxiliar o indivíduo a relaxar antes das refeições.	M-T-N
	( ) Organizar um plano de atendimento para reduzir ou eliminar odores nauseantes.	M-T-N
	( ) Manter uma boa higiene oral do paciente antes e depois da alimentação.	M-T-N
	( ) Orientar o paciente a realizar higiene oral antes e depois de ingerir os alimentos.	M-T
	( ) Orientar o paciente a realizar refeições pequenas e freqüentes para reduzir a sensação de estômago distendido.	M-T
	( ) Organizar as refeições de forma que a ingesta maior de nutrientes protéicos e caloricos ocorram quando a pessoa tenha mais vontade de comer.	M-T
	( ) Ingerir porções menores pobres em gordura e com freqüência.	M
	( ) Avaliar as exigências calóricas diárias adequadas.	M-T-N
	( ) Orientar sobre a importância da nutrição adequada.	M ou T
	( ) Encaminhar a nutricionista.	M
	( ) Manter pesagem diária.	M
	( ) Monitorar os resultados laboratoriais	T
	( )----------	
( ) Integridade da pele prejudicada relacionada a ----------	( ) Verificar a pele da paciente a cada turno, descrevendo e documentando as condições da mesma.	M-T-N
	( ) Manter o esquema de tratamento prescrito para o distúrbio cutâneo do paciente e monitorizar seus progressos.	C.P.M
	( ) Manter o paciente em posição confortável, com pressão mínima aplicada nas proeminências ósseas.	M-T-N
	( ) Orientar o paciente e o acompanhante sobre os cuidados com a pele.	M-T-N
	( ) Realizar troca de decúbito.	
	( )----------	
( ) Dentição alterada relacionada a ----------	( ) Discutir a importância da higiene oral diária e dos exames dentários periódicos.	T
	( ) Avaliar a habilidade da pessoa de realizar a higiene oral e se a mesma esta sendo realizada corretamente.	T
	( ) Ensinar os cuidados orais corretos, tais como, utilizar o fio dental diariamente, escovar os dentes sempre após as refeições e antes de dormir.	T
	( )----------	

Diagnósticos de Enfermagem	Ações de Enfermagem	Aprazamentos
( ) Alteração sensorial perceptiva relacionada a ----------	( ) Orientar sobre a perda auditiva progressiva, que ocorre com o envelhecimento.	M ou T
	( ) Estimular que o paciente expresse seus sentimentos sobre a sua perda auditiva e visual.	M-T-N
	( ) Manter uma conversa com o paciente, lenta e pausadamente.	M-T-N
	( ) Manter um ambiente seguro, retirando o excesso de móveis ou equipamentos de seu quarto.	M-T-N
	( ) Manter um tom de voz grave e moderado, mantendo o mesmo volume a cada frase.	M-T-N
	( ) Orientar ao paciente sobre os dispositivos adaptativos, como óculos e lente de contato.	M ouT
	( ) Orientar ao paciente sobre os tipos de aparelhos auditivos adaptativos e seus cuidados.	M ou T
	( ) Estimular maneiras alternativas de lidar com a perda parcial da visão.	M-T-N
	( ) Encaminhar para a avaliação de um oftalmologista.	M ou T
	( ) ----------	
( ) Déficit no volume de líquidos relacionado a ----------	( ) Verificar o que agrada e o que desagrada, proporcionando os líquidos favoritos dentro das restrições dietéticas.	M-T
	( ) Realizar um planejamento de ingestão hídrica para cada turno, 1000ml de manhã, 800ml de tarde e 300ml a noite.	M-T-N
	( ) Monitorar a ingestão, assegurando no mínimo 2000ml de líquidos orais a cada 24 horas.	M-T-N
	( ) Monitorar a eliminação, assegurando no mínimo 1000-1500ml a cada 24 horas.	M-T-N
	( ) Verificar a compreensão da pessoa quanto a importância da manutenção, da hidratação adequada e os métodos para atingir a meta de ingestão de líquidos.	M-T-N
	( ) ----------	
( ) Déficit no autocuidado relacionado a --------- ----------	( ) Orientar quanto a importância da higiene corporal.	M
	( ) Estimular higiene corporal fornecendo material de banho	M
	( ) ----------	
( ) Distúrbio no padrão do sono relacionado a ----------	( ) Proporcionar medidas físicas para auxiliar o relaxamento, como banhos mornos, massagem nas costas.	N
	( ) Manter um ambiente quieto, sem estímulos, iluminação suave.	N
	( ) Orientar os visitantes durante os períodos ideais de repouso.	M-T
	( ) Orientar a quantidade e a duração do sono diurno se excessiva.	M-T
	( ) ----------	
( ) Alteração na perfusão tissular relacionada a ----------	( ) Estimular a adesão ao programa de exercícios.	M-T
	( ) Manter a hidratação adequada.	M-T-N
	( ) Orientar o paciente quanto aos fatores de risco e à prevenção de lesões.	M-T-N
	( ) ----------	
( )Déficit no conhecimento relacionado a ----------	( ) Esclarecer possíveis dúvidas.	M-T-N
	( ) Orientar ao paciente quanto o auto-cuidado.	M-T-N
	( ) ----------	

Diagnósticos de Enfermagem	Ações de Enfermagem	Aprazamentos
( ) Diarréia relacionada a ----------	( ) Monitorizar e registrar a freqüência e as características das fezes.	M-T-N e Q/N
	( ) Avaliar a pele perianal para detectar irritação e úlceras.	
	( ) Estimular e ajudar o paciente a praticar técnicas de relaxamento.	M-T-N e Q/N M-T-N
	( ) Administrar líquidos e eletrólitos de reposição, de acordo com a prescrição.	C.P.M.
	( ) ----------	
( ) Constipação relacionada a ----------	( ) Estimular a ingestão hídrica de no mínimo 6-10 copos de água ao dia.	M-T-N
	( ) Implantar frutas e vegetais na alimentação.	M-T
	( ) Estimular dieta fibrosa.	M-T
	( ) Estimular a deambulação no hospital e a atividade física após a alta.	M-T
	( ) Auxiliar o paciente a realizar massagem abdominal para ajudar a atenuar o desconforto e estimular a defecação.	Q/N
	( ) Manter e executar um programa intestinal individualizado, de acordo com as necessidades do paciente.	M-T-N
	( ) Comunicar a nutricionista, e pedir avaliação da dieta.	M ou T
	( ) Estimular o paciente de que a função intestinal normal é possível sem o uso de laxantes.	M-T-N
	( ) ----------	
( ) Ansiedade relacionada a ----------	( ) Estimular o paciente a conversar sobre seus sentimentos, para tranqüilizá-lo de que ele não está sozinho.	M-T-N
	( ) Manter períodos extras de visitas dos familiares, caso isso pareça atenuar a ansiedade do paciente.	N
	( ) Avaliar o nível de conhecimento do paciente acerca da sua situação.	M-T-N
	( ) ----------	
( ) Mobilidade física prejudicada relacionada a ----------	( ) Estimular a realização de exercícios passivos e ativos.	M-T
	( ) Avaliar a resposta do paciente à atividade.	M-T
	( ) Encaminhar a um fisioterapeuta.	M ou T
	( ) ----------	
( ) Mobilidade no leito prejudicada relacionada a ----------		
( ) Troca de gases prejudicada relacionada a ----------	( ) Orientar/auxiliar na realização de exercícios respiratórios.	M-T-N
	( ) Orientar quanto ao parcelamento de atividades p/ reduzir esforço respiratório.	M-T-N
	( ) Orientar p/ aumentar ingestão hídrica p/ fluidificar secreções e auxiliar na expectoração.	M-T-N
	( ) ----------	
( ) Tristeza crônica relacionada a ----------	( ) Transmitir empatia para promover a verbalização de dúvidas, medos e preocupações.	M-T-N
	( ) Auxiliar o paciente a compreender que pode lidar com os aspectos sem esperança separando-os dos aspectos esperançosos.	M-T-N
	( ) Investigar e mobilizar recursos internos do paciente.	M-T-N
	( ) Auxiliar o cliente a desenvolver metas realistas de curto e longo prazo.	M-T-N
	( ) Ensinar a reconhecer que é amado e importante para a vida dos outros.	M-T-N
	( ) ----------	

Diagnósticos de Enfermagem	Ações de Enfermagem	Aprazamentos
( ) Dor relacionada a ---------- ----------	( ) Ensinar o método de distração durante a dor aguda, respirar ritmadamente, ouvir músicas relaxantes.	M-T-N ou Q/N
	( ) Ensinar medidas não invasivas de alívio de dor, como relaxamento (técnicas que reduzam a tensão muscular), estimulação cutânea (Uso de bolsas de água quente e fria).	M-T-N ou Q/N
	( ) Proporcionar à pessoa oportunidades para repousar durante o dia e períodos de sono interrupto durante a noite (deve repousar quando a dor for menor).	M-T-N
	( ) Discutir com a pessoa e a família os usos terapêuticos da distração, juntamente com os outros métodos de alívio da dor.	M-T-N ou Q/N
	( ) Verificar os fatores que diminuem a tolerância à dor.	M-T-N ou Q/N
	( ) Auxiliar para determinar que métodos podem ser usados para reduzir a intensidade da dor.	M-T-N ou Q/N
	( ) Implementar o auxílio ideal da dor com analgésicos prescritos.	C.P.M
	( ) ----------	
( ) Outro D. E.		

Discussão

Este estudo tornou possível o alcance dos objetivos iniciais, pois permitiu construir um instrumento de coleta de dados denominado de Histórico de Enfermagem, que foi aplicado a pacientes da clínica médica definida na pesquisa possibilitando a identificação de diagnósticos de enfermagem.

Foi possível, ainda, elaborar um plano de cuidados incluindo os diagnósticos de enfermagem mais presentes nos clientes internados na unidade e as conseguintes ações de enfermagem. Além disso, proporcionou a visão de que podemos aplicar o Histórico de Enfermagem na UCM ficando como uma semente para o futuro. Mostrou-se, também, pertinente no atual contexto histórico no qual a SAE, de acordo com a Resolução COFEN-272/2002 [3], passa a ser uma obrigatoriedade e ação privativa do profissional enfermeiro em todos os âmbitos da assistência de enfermagem.

Conclusão

Os profissionais de enfermagem acreditamos que com a implantação da SAE, na Unidade de Clínica Médica, do HU da FURG, iremos prestar contas do cuidado de enfermagem oferecido, criando maiores oportunidades, além de expormos este cuidado à visibilidade de nossos pares, de outros profissionais da saúde e, especialmente, à visibilidade da população. Consideramos que a sociedade, muitas vezes, desconhece o cuidar do enfermeiro, por ser ele tão carente de expressão e tão vulnerável às pressões externas a nós, talvez, pela falta e dificuldade de executar os registros. Além de mostrar, também, a importância de deixar registrados estes formulários, e o próprio fazer da enfermagem, no prontuário do cliente, para servir de base/análise a processo de certificação, auditoria ou acreditação hospitalar.

Agradecimentos

Aos alunos concluintes do Curso de Graduação em Enfermagem da FURG, Turma 2005/01, pela coleta dos dados e a Professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, da Universidade Federal da Paraíba pela revisão do texto.

Referências

1. Maria VLR. Os caminhos do diagnóstico de enfermagem na prática de um hospital especializado. In: Guedes MVC, Araújo TL, ed. O uso do diagnóstico na prática da enfermagem. 2a ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. 112p. Texto apresentado no III Simpósio de 1996, Fortaleza, CE. p.77-85.
2. Garcia, TR, Nóbrega, MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I et al, ed. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 37-63.

3. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem/COFEN. Resolução COFEN-272/2002 regulamentadora da Sistematização da Assistência de Enfermagem; 2002.
4. Trentini M, Paim L. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. Texto & Contexto Enfermagem 2001;10(1):11-31.
5. Carvalho EC, Garcia TR. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: III Fórum Mineiro de Enfermagem, 2002, Uberlândia – MG. Sistematizar o cuidar: Anais. Uberlândia: UFU; 2002. p. 29-40.
6. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p.126.
7. Aquino DR. Histórico de enfermagem. Material elaborado para a Disciplina Prática da Administração Aplicada à Enfermagem II. Mimeografado. Departamento de Enfermagem da FURG. Rio Grande: Fundação Universidade Rio Grande; 2005.p. 2.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996. p. 1-13.
9. Porto MLL. Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para o idoso no Programa de Saúde da Família [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2004. 109p.
10. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. 99p.
11. Benedet SA, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2a ed. Florianópolis: Bernúncia; 1998/2001. 220p.
12. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. 812p.
13. Carpenito LJ. Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. 739p.

Revisão

A humanização do cuidar na unidade de terapia intensiva: uma proposta essencial

Veralúcia Xavier Leão*, Alba Benemérita Alves Vilela, D.Sc.**, Gesivaldo Santos, M.Sc.***

**Enfermeira, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), ** Docente e Diretora do Departamento de Saúde da UESB, ***Biólogo, Docente de fisiologia humana do Departamento de Ciências Biológicas (UESB)*

Resumo

O trabalho aqui apresentado objetivou analisar o perfil da equipe de enfermagem frente ao cuidado dispensado ao paciente submetido a UTI e, ainda, relatar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca do cuidado humanizado. Utilizamos, como instrumento de coleta de dados, um questionário baseado na lógica *fuzzy*, com perguntas objetivas, baseadas na portaria de nº 432/98, do Ministério da Saúde (Brasil), que discorre sobre o cuidado humanizado na UTI. Os instrumentos foram aplicados em duas UTIs, compreendendo os Estados da Bahia e Minas Gerais. Os participantes foram auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros das devidas unidades. Das respostas encontradas, foi possível interpretar que os profissionais, que se encontram à frente do cuidado nas UTIs, estão preocupados em humanizar as suas posturas ao lidar com o paciente, bem como, também, tornar o quotidiano das Unidades de Terapias Intensivas menos tensos, menos sombrios e mais humanos.

Palavras-chave: UTI, humanização, cuidar, lógica *fuzzy*.

Abstract

The humanization in caring in the intensive care unit: an essential approach

Our aim was to analyze the profile of nurses and practitioners that provide medical care for patients subjected in an Intensive Care Unit (ICU). To accomplish that, we use a questionnaire with a list of objective questions, based in fuzzy logic and supported by the Ministry of Health ordinance nº 432/98, which treat about humanization care in ICU. The study was directed in two ICU of public hospitals, in the state of Bahia, and Minas Gerais. The participants were composed by nurses, nurse technicians and nurses from the above mentioned units. It was possible to verify that professionals that are at the head of an ICU are concerned in rendering more humanistic the care to their patients as well as to provide daily care in the ICU more enjoyable and humane.

Key-words: ICU, humanization, care, fuzzy logic.

Artigo recebido em 24 de julho de 2006; aceito em 15 de janeiro de 2007.
Endereço para correspondência: Veralúcia Xavier Leão, Rua Basílio de Paula, 471, Vila Brasília, 39400-145 Montes Claros MG, E-mail: verinhaxl@yahoo.com.br

Resumen

La humanización del cuidado en la terapia intensiva: una propuesta esencial

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el perfil del equipo de enfermería frente al cuidado dispensado al paciente internado en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y, además, relatar el conocimiento del equipo de enfermería acerca del cuidado humanizado. Utilizamos, como instrumento de recolección de datos, un cuestionario basado en la lógica *fuzzy*, con preguntas objetivas, que se sustentan en la ley nº 432/98, del Ministerio de Salud (Brasil) Los instrumentos fueron aplicados en dos UTIs, comprendiendo los Estados de Bahia y Minas Gerais. Los participantes fueron ayudantes de enfermería, técnicos de enfermería y enfermeros de las unidades citadas. A través de las respuestas, fue posible interpretar que el equipo de enfermería que se encuentran en las salas de UTI está preocupado en humanizar sus posturas para cuidar del paciente, como también, convertir el cotidiano de las unidades de terapia intensiva (UTI) menos tensos, menos sombríos y más humanos.

Palabras-clave: UTI, humanización, cuidado, lógica *fuzzy*.

Introdução

A humanização do cuidar na Unidade de Terapia Intensiva vem ganhando espaço relevante na última década. Mas, embora haja vários trabalhos publicados, ainda sentimos a necessidade de estar explorando um pouco mais acerca do assunto.

A pesquisa, aqui apresentada, tem como objetivos analisar o perfil do profissional de enfermagem que se encontra frente ao cuidado com o paciente na Unidade de Terapia Intensiva, bem como, relatar os conhecimentos dos mesmos acerca do cuidado humanizado.

A primeira inquietação que me impulsionou à busca pelo tema foi quando estive em visita a um amigo internado em um Centro de Terapia Intensiva e percebi que o tratamento que os pacientes recebiam estava longe de ser humano. Na ocasião, eu ainda não era acadêmica de enfermagem; e a segunda inquietação aconteceu quando eu, em prática de campo, conheci uma Unidade de Terapia Intensiva, aumentando o meu desejo de pesquisar sobre a temática.

A Unidade de Terapia Intensiva, devido ao seu aspecto de infra-estrutura à sua proposta de trabalho (receber pacientes críticos que necessitam de cuidados específicos e aqueles que apresentam alto risco), possui uma filosofia de rotina já delineada para esse fim.

Dessa maneira, o sucesso do tratamento na Unidade de Terapia Intensiva está condicionado ao tipo de atendimento desenvolvido pela equipe de saúde, se a mesma atende a filosofia do trabalho e se gostam do que fazem.

> *Não se trata, porém, apenas de um espaço físico e com equipamentos especiais, mas implica numa atitude particular da equipe que ali trabalha. Atitude essa, que deve ser orientada para o aproveitamento das facilidades técnicas, em um contexto onde um relacionamento humano que ofereça segurança e um efetivo apoio emocional deve ser considerado como fator predisponente [1].*

A busca pela supremacia da técnica fez com que os profissionais de enfermagem se distanciassem do cuidar enquanto arte, enquanto atitude de desvelo, de se colocar no lugar do outro.

Coaduna-se com a afirmativa de Germano [2], quando diz que *[...] o avanço da tecnologia na área da saúde, ao mesmo tempo que contribui para o prolongamento da vida, com os clínicas de hemodiálise, Unidade de Terapia Intensiva cada vez mais sofisticados... de certo modo vem afastando o enfermeiro do paciente, bem como os demais profissionais que o tratam[...].*

A impossibilidade circunstancial que impede o paciente de manifestar os seus desejos nos sensibiliza ainda mais a buscar um cuidar humanizado, minimizando o quanto possível a sua dor.

Referencial teórico

Preocupando-se apenas através da monitorização e terapêutica, em qualificar, quantificar e controlar ampla variedade de fenômenos biológicos, perdeu-se de vista em contrapartida, que sob curativos e bandagens, na outra extremidade dos tubos, cubos e drenos, atrás de alarmes e restrito ao leito, há um ser humano [3]. E que este, percebe, vê, mas devido ao seu estado sedado ou comatoso, intubado em uso de cateteres, não pode manifestar-se.

A esse respeito Moody [4], em uma obra intitulada "Experiência de quase morte", o autor descreve

uma experiência realizada com pacientes no pós-coma, que os mesmos viam, sentiam, ouviam todas as condutas da equipe de saúde destinadas a eles.

Assim, o cuidado preconizado pelo Ministério da Saúde, na portaria 432, de 12 de agosto de 1998 [5], sobre a humanização do cuidar na Unidade de Terapia Intensiva, somente confirma os nossos propósitos de que o cuidar deve estar em tudo o que fazemos e deve ser destinado a todos os pacientes sem distinção.

Acerca do cuidado humano, *o mesmo consiste em forma de viver ou de ser, de se expressar* [6]. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, da dignidade humana e da história da nossa espiritualidade, é contribuir na construção do conhecimento da vida.

A equipe de enfermagem é quem permanece mais tempo com o paciente, é quem mais ouve os seus gemidos, vê as suas expressões faciais, ouve suas reclamações, insatisfações, portanto, é quem está presente efetivamente naquele momento da vida do paciente. Logo, deve ser essa equipe que também deve estar mais atenta à questão da humanização, deixando sobrepor aos barulhos causados pelos aparelhos, a sua companhia amiga, solícita e humana. O seu cuidar deve estar concomitante aos trabalhos das máquinas, denotando que, enquanto esse é mecânico, sem vida e sem magia, aquele pode estar impregnado de ternura, amor e respeito. Os sentimentos são inerentes a nós, seres humanos.

Segundo Waldorf [7], se visarmos ao cuidar do outro, apenas a recuperação da parte lesada da "engrenagem humana", depararemos, portanto, com um problema, pois a parte lesada pode influenciar o todo e vice-versa, e a cura pode não ocorrer.

Não se pode preconizar o cuidar na enfermagem sem o uso de suas ferramentas: o conhecimento técnico-científico, na prestação de informações e educação do paciente e familiares e, juntamente a isso, expressões de interesse, consideração e respeito demonstrados através das palavras do tom de voz, posturas, gestos e toques.

Não é preciso, portanto, aguardar que o paciente solicite ou mesmo os momentos prescritos para atendê-lo de forma holística. Essa deve ser uma prática essencial na vivência de quem cuida.

> *[...] do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato [8].*

Material e método

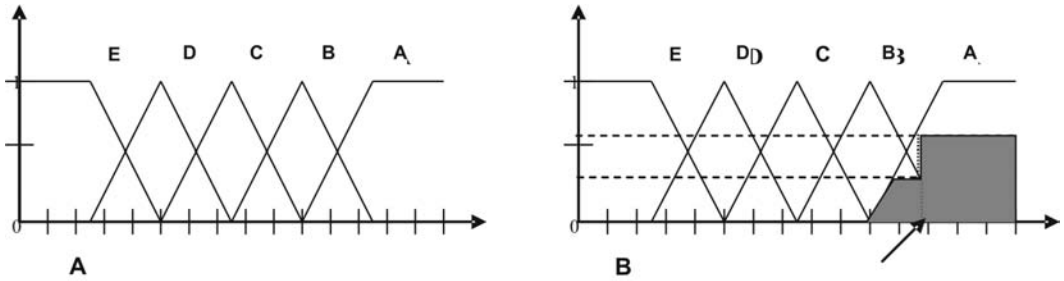
Uma vez que lidando com conhecimentos, sentimentos, idéias de um grupo de profissionais (enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem) e, ainda, com a possibilidade de mensurarmos o grau de humanização dispensado aos pacientes submetidos à Unidade de Terapia Intensiva, optamos por trabalhar com a pesquisa quali-quantitativa, pois a mesma justifica melhor a busca pelo estudo proposto. O termo fuzzy significa nebuloso, difuso, e se refere ao fato de, em muitos casos, não conhecermos completamente os sistemas que estamos analisando. Quando referimos à lógica *crisp* ou clássica, os elementos são comumente classificados como sendo ou não pertencentes a um dado conjunto, porém, há situações em que a relação não é bem definida, e não temos uma fronteira exata os elementos, e então, não sabemos dizer se o elemento pertence ou não ao conjunto.

A intenção de Zadeh [9] foi flexibilizar a pertinência de elementos aos conjuntos criando a idéia de grau de pertinência. Dessa maneira um elemento poderia pertencer parcialmente a um certo conjunto. Um exemplo típico seria o conjunto de pessoas jovens. Um indivíduo de 10 anos de idade teria pertinência de 100% ou 1, nesse conjunto; um indivíduo de 35 anos teria pertinência de 75% ou 0,75, ao passo que outro de 65 anos teria pertinência 0, no referido conjunto (figura 1).

Através da lógica *fuzzy*, no que diz respeito ao grau de pertinência, podemos agrupar os elementos de maneira diferente da aplicada na lógica clássica, por meio de variáveis lingüísticas (capacidade de classificar de maneira imprecisa as variáveis de um problema), como: bom, muito bom, alto, meio alto. É possível trabalhar com a linguagem natural dos seres humanos, razão pela qual *fuzzy* vem se difundindo nas áreas da economia, biomédicas, epidemiologia e sistemas de controle em geral [10].

Com a Lógica *fuzzy*, vimos a oportunidade de tornar real a quantificação de parâmetros bastante subjetivos - como o índice de humanização em um processo de comunicação estabelecido entre um enfermeiro e um paciente em uma UTI -, pois a mesma permite lidar com conceitos de verdade parcial, ou seja, com valores de verdade entre o

Figura 1



Na figura acima (parte A) temos a representação de escala análoga (numérica), combinada com termos lingüísticos (letras). Cada letra pode receber uma conceituação dependendo do que se quer avaliar, por exemplo: muito jovem, jovem, medianamente jovem e assim por diante.

Através da aplicação de operadores *fuzzy*, é possível realizar-se uma combinação de todos os itens pontuados pelo respondente, obtendo-se um conceito geral.

Na parte **B** da figura, temos a ilustração de uma suposta avaliação na qual o indivíduo atribui, para um determinado item, um valor entre os conceitos B e A (seta), que poderiam representar uma categorização por faixa etária, por exemplo. A interseção das linhas tracejadas da ordenada com a projeção do ponto marcado na abscissa (seta), determinam o grau de pertinência para aquele ponto em relação ao conjunto dos conceitos. Assim, teríamos uma resposta composta por aproximadamente 30% de **B**, e 60% de **A** (Não é necessário normalizar). Encontrar o centro de gravidade da área resultante corresponde ao processo de *deffuzificação*, que é o equivalente à obtenção de um único valor mesclado pelos dois termos B e A. Neste exemplo, teríamos um vetor de saída *[0; 0; 0; 0,3; 0,6]*, que pode ser combinado com todas as demais respostas (através de uma matriz relacional **R**, de natureza *fuzzy*) para produzir uma resposta única por indivíduo, tão qualitativa quanto: *muito jovem* ou *mais ou menos jovem*, por exemplo.

completamente falso da lógica *booleana*, porém, dentro de um formalismo matemático [11].

Como nosso objetivo era avaliar o índice de humanização em unidades de terapia intensiva, de forma quanti-qualitativa, optamos pela utilização de um questionário estruturado, com base em parâmetros estabelecidos pela portaria de nº 432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde do Brasil, que discorre sobre a humanização do cuidar na Unidade de Terapia Intensiva.

O instrumento de coleta de dados continha perguntas objetivas, tendo como base as seguintes categorias:

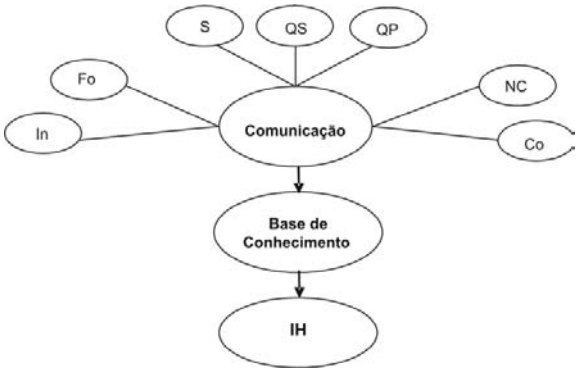
1. comunicação interpessoal, nosso subconjunto ***A(X)***, que se referia a todo e qualquer tipo de comunicação estabelecida com o paciente;
2. comunicação de procedimentos, ou subconjunto ***B(X)***, referia-se aos esclarecimentos prestados pelo profissional ao paciente sobre os procedimentos a serem realizados; e
3. a última sessão, ou subconjunto ***C(X)***, cuja finalidade era verificar se havia preocupação da equipe em manter o paciente informado a respeito de datas, tempo e mesmo, o local onde este se encontrava.

Conforme observamos acima, o foco do nosso trabalho esteve voltado para o processo de comunicação entre equipe de enfermagem e paciente, por julgarmos que o mesmo reflete diretamente o cuidado dispensado a qualquer indivíduo, seja ele paciente ou não. Assim, cada participante deveria responder às três sessões do questionário, que constava dos seguintes ítens: Você conversa com o paciente? Quando você conversa com o paciente? (*v1*): *Sempre*, *quando solicitado* ou apenas *quando preestabelecido*? Em que estado ele se encontra? (*v2*)*: Consciente* ou *inconsciente*? Que tipo (*v3*) de conversa você mantém com o paciente: *Formal* ou *Informal*? O questionário abordava também o tempo de serviço e a função do respondente. Vale ressaltar, que o estudo foi realizado dentro das normas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Dessa forma, foi assegurado aos participantes total anonimato, bem como garantia de que os dados seriam utilizados apenas para fins de pesquisa.

Para tratar matematicamente estas informações, foi necessário recorremos à teoria dos conjuntos nebulosos ou *fuzzy,* estruturada a partir de um controlador *fuzzy*, do tipo Mandani [10], conforme pode ser observado na figura 2, abaixo:

Neste modelo, a base de conhecimentos foi traduzida por meio de um conjunto de regras *fuzzy* – variáveis lingüísticas -, desempenhando papel de funções matemáticas.

Figura 2



Na parte superior do diagrama temos as variáveis de entrada, que em sentido horário correspondem a: *Informal*; *Formal; Sempre; Quando Solicitado; Quando Pré-estabelecido; Não Consciente* e *Consciente*. Todas abrigadas no subconjunto de (**X**), Comunicação. A base de conhecimento, representada na figura 2, corresponde ao conjunto de regras *fuzzy* elaboradas a partir de critérios estabelecidos pela portaria 432/98 sobre a humanização do cuidar. Por fim, temos a saída geral do sistema que corresponde ao Índice de Humanização (IH), cuja expressão é feita por meio de adjetivos como: *Alto, Baixo, Muito Alto* e assim por diante.

Em nosso trabalho, conforme vimos anteriormente, adotamos três variáveis de entrada: ***v1***, ***v2*** e ***v3*** representando, respectivamente, o momento em que a comunicação era estabelecida com o paciente (Quando), o tipo de comunicação estabelecida com o paciente (Tipo) e, finalmente, o estado em que o mesmo se encontrava durante esse processo (Estado).

Como um sistema nebuloso, o primeiro passo consistiu em tornar as entradas difusas, em um processo conhecido como *fuzzificação*, no qual, cada variável de entrada foi associada a uma função de pertinência em relação ao universo de discurso (***X)*** [10], neste caso, o Índice de Humanização (IH). Esse processo se deu por meio da implementação de regras *fuzzy*, elaboradas a partir da portaria de nº 432/98 do MS [5], representando nossa base de conhecimento especialista em humanização.

Cada um dos adjetivos como *Alto, Muito Alto, Médio* e os demais, foram previamente modelados matematicamente por meio de funções de pertinência, em nosso caso, escolhemos um tipo de função conhecida como trapezoidais.

Em lógica *fuzzy*, especialmente no modelo Mamdani, as regras são agregadas por meio do operador de união *max*, ao passo que em cada regra, as variáveis costumam ser agregadas por meio do operador de inclusão *min*, e ambos são análogos aos operadores *Or* e *And* da lógica clássica, respectivamente [9].

Como ilustração, tomaremos as regras de nº 1 e nº 5, obtidas na figura II.

Devido ao volume repetitivo de cálculos, recorremos à implementação de rotinas computacionais para simplificação do nosso trabalho. Assim, em cada linha acima temos a representação algorítmica das rotinas computacionais elaboradas em linguagem de programação C++ correspondendo

Figura 3 - Representação do conjunto de regras Se-Então elaboradas a partir da nossa base de conhecimento especialista. Na esquerda em cada regra, temos o antecedente ou variável de entrada Quando, Estado e Tipo. As entradas, em cada regra, combinadas pelo operador de inclusão min, resultando no conseqüente, assinalado pelo sinal de implicação.

1 {if (Quando = = QP) ? (Estado = = Co) => IH = = MB}	9 .{if (Quando = = QS) ? (Tipo = = Fo) => IH = = M}
2 {if (Quando = = QP) ? (Estado = = In) => IH = = A}	10 .{if (Quando = = QS) ? (Tipo = = If) => IH = = A}
3 {if (Quando = = QS) ? (Estado = = Co) => IH = = M}	11 {if (Quando = = S) ? (Tipo = = Fo) => IH = =MA}
4 {if (Quando = = QS) ? (Estado = = In) => IH = = A}	12. {if (Quando = = S) ? (Tipo = = If) => IH = =MA}
5 {if (Quando = = S) ? (Estado = = Co) => IH = = MA}	13 {if (Estado = =Co) ? (Tipo = = Fo) => IH = = MB}
6 {if (Quando = = S) ? (Estado = = In) => IH = = MA}	14 .{if (Estado = = Co) ? (Tipo = = In) => IH = = A}
7 {if (Quando = = QP) ? (Tipo = =Fo) => IH = = MB}	15 .{if (Estado = = In) ? (Tipo = = Fo) => IH = = A}
8 {if (Quando = = QP) ? (Tipo = = If) => IH = = A}	16 {if (Estado = = In) ? (Tipo = = In) => IH = = A}

R1: {if (Quando = = QP) ? (Estado = = Co) => IH = = MB}

R1:{if (Quando = = QP) ∩ (Estado = = Co) => IH = = MB}

(Max)

R5:{if (Quando = = S) ∩ (Estado = = Co) => IH = = MA}

aos seguintes passos: *Se Quando* é igual a *Quando Prescrito* e *Estado* é igual a *Consciente*, então *Índice de Humanização* é igual a *Muito Baixo*. Esta regra foi agregada às demais por meio do operador *Max*, na vertical, sempre de forma paralela, dependendo das respostas dadas pelos participantes. O mesmo é válido para a regra de nº 5: *Se Quando* é igual a *Sempre* e *Estado* é igual a *Consciente*, então *Índice de Humanização* é igual a *Muito Alto*.

A saída geral, correspondente ao Índice de Humanização (IH), foi obtida por meio da *defuzificação*, no qual utilizamos o método do centróide para obter uma espécie de média ponderada de todas as regras, que equivale a

$$IH = \frac{\sum_{i=1}^{N} h_i \mu(h_i)}{\sum_{i=1}^{N} \mu(h_i)}$$

Em que *IH*, corresponde ao índice de humanização total e $\mu(h_i)$ corresponde à função de pertinência do elemento h.

Vale ressaltar que, através do método escolhido tornou-se possível a compreensão dos muitos fatores que estão associados ao processo de cuidar pela equipe de enfermagem na UTI e assim, pudemos analisar os dados e compreender os resultados obtidos com vistas a alcançar os objetivos propostos.

Os informantes deste estudo tiveram uma participação fundamental na concretização da análise dos dados para chegarmos ou obtermos respostas aos nossos questionamentos.

Os mesmos foram representados pela equipe de enfermagem das UTIs dos hospitais públicos, das cidades de Montes Claros, MG e Vitória da Conquista, BA.

Esses locais foram escolhidos devido à ausência de Unidades de Terapia Intensiva na Cidade de Jequié, BA.

Dos 24 funcionários locados no Centro de Terapia Intensiva na cidade de Montes Claros, apenas 13 se predispuseram a responder o questionário e na Unidade de Terapia Intensiva na cidade de Vitória da Conquista, dos 20 funcionários, 09 responderam ao mesmo, mas vale ressaltar, que de acordo com Boff [8], 20 especialistas é suficiente para estabelecer a construção de uma base de regras.

Discussão

No que refere ao resultado da primeira categoria, comunicação com o paciente, verificamos que todos os profissionais entrevistados informaram conversar com o paciente, alcançando um índice de humanização (IH) alto, na Unidade de Terapia Intensiva do hospital de base de Vitória da Conquista, BA e o mesmo no Centro de Terapia Intensiva da cidade de Montes Claros, MG.

A segunda categoria abordada: a comunicação direcionada para a explicação dos procedimentos realizados com o paciente, se esses são explicados antes de serem realizados e de que maneira o são.

Por se encontrar em um estado, muitas vezes, de poucas respostas aos estímulos oferecidos, o paciente é ignorado enquanto ser integral que é. É tratado como um objeto que precisa de manutenção. Assim, como não participa do processo do cuidar, não diz o que quer e como gostaria que fosse, é ignorado na sua essência. Neste aspecto, os profissionais também obtiveram um IH alto no Centro de Terapia Intensiva e na Unidade de Terapia Intensiva.

Em se tratando da terceira categoria: a comunicação em relação a situar o paciente no ambiente onde se encontra, denotamos que os profissionais de enfermagem ainda não consideram ser esta, uma postura de humanização. Obtiveram um grau de humanização médio, tanto na Unidade de Terapia Intensiva de Vitória da Conquista, como também no Centro de Terapia Intensiva da cidade de Montes Claros.

A portaria de nº 432, do Ministério da Saúde, de agosto de 1998, acerca da humanização do cuidar na Unidade de Terapia Intensiva, discorre sobre vários aspectos que devem ser levados em conta no lidar com o paciente dentre outros, *o nível de luminosidade (noção de dia e noite), ruídos abaixo de 76 dB, alarmes de equipamentos, colocação de relógios em locais visíveis (noção de tempo e espaço), climatização adequada, colchões com tripla densidade, decoração apropriada, para diminuir a impressão de taciturnidade do ambiente* [5].

É bem verdade, que não poderemos transformar as UTIs em ambientes comuns, pois os mesmos possuem características de tratamento peculiares, porém, devemos minimizar ao máximo o desconforto do paciente.

Conclusão

Embora seja um resgate necessário e urgente, ainda teremos muito que pesquisar acerca da humanização nas Unidades de Terapia Intensiva. E penso

que este não deve ser um conceito a mais para ampliar os nossos conhecimentos, mas deve tornar-se uma prática natural na vivência profissional de todo aquele que se prontifica a cuidar de outrem.

O que é preciso é apenas somar essa necessidade (cuidar humanizado) às técnicas já vigentes, dessa maneira teremos um cuidar com excelência.

O desejo de buscar o que se tem de pronto sobre o assunto, move-nos na certeza de que, quanto mais encontrarmos, mais descobriremos que o que temos é muito pouco para esgotar o tema. Há a teoria, mas a prática é incipiente. Muitos ainda não acreditam que a humanização do cuidar promove mais saúde, bem-estar e harmonia ao ser cuidado.

Referências

1. Berk JL, Sampliner JE**.** Manual de Tratamento Intensivo. Rio de Janeiro: Médica; 1990.
2. Germano RM. A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil. São Paulo: Cortez; 1993.
3. Rodrigues Júnior GR, Amaral JLG**.** Impacto psicológico da internação na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Ter Intensiva 2001;13(4).
4. Moody Junior R. Vida depois da vida. 11a ed. São Paulo: Nórdica; 1979.
5. Basile Filho A. Simpósio: Medicina Intensiva. Portaria do Ministério da Saúde de n.432 de 12 de agosto de 1998 [online]; 1998. [citado 2006 Jan 28]. Disponível em: URL: www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n2/apresent_anibal.pdf
6. Waldow VR. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
7. Waldow VR. O cuidado humano: o resgate necessário. 3a ed. Porto Alegre: Sagra, Luzzatto; 2001.
8. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
9. Zadeh LA. The concept of a linguistic variable and its application to approximate reasoning. Information Sciences 1975;8:43-80.
10. Jantzen J. Tutorial On Fuzzy Logic. Tech report 1998;98-E 868.
11. Lemke AP. Solução computacional para um sistema de avaliação da qualidade dos serviços em instituições de ensino superior, baseado nos parâmetros do PQSP [monografia]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2005.

Estudo de caso

Condiloma acuminado como sinalizador de abuso sexual na infância

Daniela D Gardioli*, Dennis C Ferreira, M.Sc.**, José A Curvelo***, André Luiz S Braga****, José A Simões, D.Sc.*****, Mauro R L Passos, D.Sc.******

** Enfermeira, Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente (Pediatria) - UFF / Profa. da Pós-graduação em DST (MIP/CMB/CCM) – UFF, **Prof. da Pós-graduação em DST (MIP/CMB/CCM) – UFF / Universidade Plínio Leite (UNIPLI), *** Especialização em Estomatologia – UFRJ, ****Enfermeiro, Prof. de Epidemiologia – Universidade Plínio Leite (UNIPLI), *****Prof. Adjunto DTG / FCM / UNICAMP – SP,******Prof. Adjunto, Chefe do Setor de DST - UFF e Coord. da Pós-graduação em DST(MIP/CMB/CCM) – UFF*

Resumo

Objetivos: Relatar um caso em que a presença do condiloma acuminado foi um veículo sinalizador de abuso sexual na infância e indicar a importância do profissional de saúde especializado em doenças sexualmente transmissíveis (DST), não apenas como agente promotor de cura, mas, também, como educador. *Relato:* Uma menina de oito anos, natural do Rio de Janeiro, que apresentava, ao exame clínico, lesões vulvares condilomatosas em região de fúrcula vaginal e múltiplas lesões em pequenos lábios, bilateralmente. As lesões foram tratadas com ácido tricloroacético (ATA), a 90%, em sessões semanais, até o completo desaparecimento das mesmas. *Conclusão:* A evidência de abuso sexual, caracterizada pela presença de condiloma acuminado, na infância, reforça a importância do profissional com conhecimentos em DST, como sendo o "revelador" de problemas sociais crônicos, muitas vezes, com implicância judicial. Ressalta-se a importância deste, não apenas no aspecto curativo, mas, também, no papel de educador junto à família da vítima.

Palavras-chave: HPV, abuso sexual, infância, condiloma.

Abstract

Condyloma acuminatum working as a signaling device pointing childhood sexual abuse

Objectives: This paper makes a description of a case reporting the existence of a condyloma acuminatum working as a signaling device pointing childhood sexual abuse. It, also, shows the importance of the health professional in recognizing the sexually transmitted diseases (STDs), improving the treatment and education. *Report:* An 8-year-old female patient, from Rio de Janeiro, in the clinical inspection with condyloma-like lesions in vulvar region and multiple lesions in the labium minus. The lesions were treated with tricloroacetic acid, 90%, weekly sessions, until the complete regress. *Conclusion:* The evidence of this fact, stamped by the presence of the condyloma during childhood, gives additional force to the idea about the specialized

Artigo recebido em 17 de agosto de 2006; aceito em 9 de fevereiro de 2007.
Endereço para correspondência: Dennis de Carvalho Ferreira, Rua Riodades, 132, Fonseca, 24130-240 Niterói RJ, Tel.: 2625-5084, E-mail.: carvalhoferr@yahoo.com.br

professional as a discloser of long-duration social issues, and again associated with forensic involvement. Therefore, the figure of this professional gets stronger, not, only, at the treatment feature, but, also, as a counselor within the victim's family circle.

Key-words: HPV, sexual abuse, childhood, condyloma.

Resumen

Condiloma acuminado como señal de abuso sexual en la infancia

Objetivo: Este trabajo tiene como objetivo relatar un caso en que la presencia de condiloma acuminado fue una señal de abuso sexual en la infancia y también indicar la importancia del profesional de salud especialista en ETS, no sólo como promotor de salud, pero, también como educador. *Relato:* Una niña de 8 años, de Rio de Janeiro, que al someterse a examen médico presentaba lesiones vulvares condilomatosas, en la horquilla vulvar, y varias lesiones en los labios menores. Las lesiones fueron tratadas con ácido tricloroacético al 90%, en sesiones semanales, hasta el desaparecimiento total de las mismas. *Conclusión:* La evidencia de abuso sexual, caracterizada por la presencia de condiloma acuminado en la infancia, refuerza la importancia del profesional especializado en ETS como el "revelador"de problemas sociales crónicos, muchas veces con repercusión judicial. Resaltase la importancia de este, no sólo en el aspecto curativo, sino también en el papel de educador junto a la familia de la víctima.

Palabras-clave: HPV, abuso sexual, infancia, condiloma.

Introdução

Na literatura corrente, existem diversos relatos sobre o abuso sexual na infância [1,2], e os profissionais de saúde, que atuam junto à pacientes pediátricos, podem ser os primeiros a suspeitar que a presença de lesões, em qualquer parte do corpo, pode decorrer de algum tipo de agressão.

Desde a década de 1950, as atitudes de violência e maus tratos de pais ou responsáveis foram reconhecidas como problemas médicos, porém continuam até os dias atuais [2,3].

> *O abuso sexual foi descrito como "a participação de crianças e adolescentes dependentes e com desenvolvimento imaturo em atividades sexuais que eles não compreendem plenamente e são incapazes de dar consentimento informado e que violam os tabus sociais dos papéis familiares" [2].*

Desta forma, frente aos casos de violência infantil, as atitudes que mais se destacam são de negligência e o abuso em todas as suas formas tanto física, emocional e sexual que podem ser claramente percebidas em consultório [1]. Este ato pode apresentar-se acompanhado de traumatismo ou infecção genital, de DST, comportamento altamente sexualizado para com adultos ou outras crianças, gravidez inexplicada e alteração indefinida do comportamento ou rendimento escolar [2,4].

Foi sugerida a utilização de um protocolo, em caso de abuso infantil [1], que perpassa, inicialmente, por uma anamnese e exame clínico criteriosos. Neste mesmo contexto, as DST trazem consigo sinais e sintomas específicos que as caracterizam, evidentemente podendo variar entre os diferentes pacientes.

O vírus do papiloma humano (HPV) foi descrito como uma DST clássica e atualmente aparece com bastante freqüência [5,6]. Até o momento, os sub-tipos virais 6 e 11 foram os mais identificados em verrugas genitais [5,7].

Sua transmissão, principalmente de caráter sexual, ocorre a partir de um contato íntimo com a área genital acometida. A maioria das lesões genitais por HPV, em mulheres, ocorre em vulva (o sítio mais acometido), colo uterino, períneo, região perianal e vagina [5,7].

Algumas lesões são subclínicas e de difícil reconhecimento. Outras, como verrugas ou condilomas, aparecem em múltiplas localizações, assumindo uma grande heterogenicidade de aspectos [5,7,8]. A história natural da verruga genital pode incluir regressão espontânea, exacerbação no seu tamanho, número ou em ambos (que dependem da imunidade celular do hospedeiro) [5,7].

O presente trabalho buscou relatar um caso clínico em que a presença de condiloma acuminado na região genital foi o sinalizador de abuso sexual na infância. Além de apontar as implicações legais, enfatizando a importância do profissional de saúde especializado em DST na condução destes casos específicos, o profissional de saúde atua como educador e formador.

Relato do caso

Paciente com oito anos de idade, do sexo feminino, natural de São Gonçalo RJ, onde residia com a mãe e a avó, foi encaminhada ao Serviço de DST-UFF de um Hospital da Rede Estadual de Saúde do município de Niterói para avaliação de lesão condilomatosa em região vulvar e conduta. Compareceu a consulta em abril de 2005, acompanhada da mãe, a qual relatou aparecimento de lesão verrucosa em região vulvar da filha há cerca de dois meses, sem outros sintomas associados. A menina e a mãe negaram história de abuso sexual. A mãe também negou qualquer tipo de contato da menina com pessoas do sexo masculino, já que residia somente com ela e com a avó. Negou, também, contato com vizinhos, além de afirmar que em sua classe da escola só estudavam meninas.

Ao exame físico a paciente apresentava o hímen roto, várias lesões condilomatosas em região de grandes lábios, pequenos lábios e fúrcula vaginal; vulva e vagina hiperemiada, presença de leucorréia esbranquiçada aderida a paredes vulvares (vide Figura 1). A hipótese diagnóstica foi de condiloma vulvo vaginal (lesão por HPV). Discutiu-se com a paciente e sua mãe a provável via de contaminação, e a necessidade de vigilância. O caso foi notificado ao conselho tutelar para investigação. Foi solicitado exame VRDL, que foi negativo e oferecido anti-HIV, o qual não foi realizado, devido a não autorização da mãe. A terapêutica instituída foi aplicação tópica com Ácido Tricloroacético (ATA) a 90% diretamente nas lesões, em sessões semanais, totalizando cinco sessões. Houve regressão completa das lesões (Figura 2). Somente nas consultas subseqüentes, a mãe revelou que havia um contato próximo da menina com o padrasto (namorado da mãe), porém afirmou que isso seria rompido, já que o mesmo se encontrava internado com problemas renais. Sendo assim, ainda segundo relato da mãe: "agora a filha estaria segura".

Figuras 1 e 2

Discussão

A abordagem da criança, quanto ao seu comportamento no consultório exige do profissional que atende pacientes pediátricos tempo, paciência, habilidade verbal, estabelecimento de expectativas, extinção do comportamento negativo e reforço das respostas apropriadas. Os profissionais devem conhecer e usar uma gama de métodos que se adaptem às necessidades da criança [8-10]. Contudo, são atributos importantes para os profissionais que tratam de crianças, de modo a permitir sua maior aproximação: a aparência do profissional e pessoal auxiliar; o aspecto de tranqüilidade do profissional no atendimento; habilidade e rapidez no trabalho [10-13]. Todos os procedimentos descritos acima foram realizados no presente relato, após abordagem criteriosa da mãe e seu livre consentimento, inclusive para documentação fotográfica por meio de declaração escrita.

Num primeiro momento, buscou-se estabelecer um relacionamento construído através do diálogo, expressão facial, tom da voz, com ênfase no método de abordagem do tipo linguagem e expressão, em que a menina foi abordada em seu nível de compreensão, com palavras que apresentassem significado para ela, substituindo os termos que sugerem desconforto por expressões leves e inofensivas [9,10]. Porém, a reação da paciente foi de negação, medo e ansiedade, solicitando a proximidade da mãe a todo instante.

A abordagem dos responsáveis deve ser bastante delicada, pois esta se torna muito perigosa quando estes foram os agentes do abuso [8]. Na primeira consulta, a mãe relatou não haver contato de qualquer indivíduo do sexo masculino com sua filha, bem como, que só moravam juntas mãe, filha e avó, e não ocorria a freqüência de qualquer indivíduo em seu lar. Já na segunda consulta de acompanhamento, a mãe relatou a presença de um parceiro seu que freqüentava a casa constantemente e que havia algumas vezes brincado com sua filha.

O presente relato foi notificado ao conselho tutelar da cidade de Niterói para que pudesse ocorrer, conforme afirma a Constituição Brasileira, no artigo 227, *"o direito a vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão" [14].*

Torna-se obrigatória à notificação dos casos de abuso sexual na infância e o profissional que não comunicar às autoridades estará incorrendo em ilícito penal, sujeito a sanções da lei, podendo inclusive ser processado criminalmente [1,9]. Foi descrito pelo Estatuto da criança e adolescente [3] no artigo 245: *"Deixar o médico, o professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena – multa de três a vinte salários mínimos de referência aplicando-se o dobro em caso de reincidência".*

Apesar de não ocorrer na queixa inicial história ou suspeita de abuso sexual, a constatação de hímen roto ao exame físico sugere iniciação sexual precoce, sendo nesta faixa etária bastante sugestivo de abuso sexual. A concomitância de lesão condilomatosa, uma entidade tipicamente de transmissão sexual fez com que a possibilidade de abuso sexual se tornasse o principal veículo para que a infecção pelo HPV ocorresse.

A hipótese de contaminação por contato não sexual também foi afastada. A mãe da criança foi encaminhada para exame ginecológico e não foi observada nenhuma lesão condilomatosa, bem como nenhuma verruga vulgar. A criança também não apresentava nenhuma verruga vulgar em outra região do corpo.

Quanto à escolha de tratamento, optou-se por utilizar a aplicação tópica com ATA 90%, diretamente nas lesões em sessões semanais, formando um total de cinco sessões, com regressão completa das lesões. O tratamento excisional não foi indicado devido à idade da paciente e ao aspecto clínico da lesão. Do mesmo modo, o tratamento, por reforço da imunidade local através do Imiquimod, não foi indicado, neste caso, devido ao seu custo elevado.

O tratamento instituído serviu tanto para monitorar a lesão, como para que a paciente e sua mãe fossem adquirindo maior confiança nos profissionais, de modo a declarar outros importantes aspectos que ficaram ocultos durante a consulta inicial [9].

Conclusão

- É importante que na abordagem da criança e da família, o profissional haja com tempo, paciência, habilidade verbal, estabelecimento de expectativas, extinção do comportamento negativo e preconceito, assim como reforço das respostas apropriadas;
- Apesar de não ocorrer na queixa inicial história ou suspeita de abuso sexual, a constatação de hímen roto ao exame físico sugere iniciação sexual precoce; o que mostra que uma investigação profissional se fez essencial;
- Destaca-se a importância do profissional de saúde especializado em DST, de modo a promover um diagnóstico autêntico e um acompanhamento clínico-terapêutico mais tranqüilo, devido à gravidade do caso a fim de promover a estes pacientes um melhor prognóstico;
- A possibilidade de abuso sexual se mostrou o principal meio para que a infecção pelo HPV ocorresse, sendo o "condiloma acuminado" seu sinalizador.

Referências

1. Cavalcanti AL. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. RBO 2001;58(6):378-380.
2. Lissauer T, Clayden G. Manual ilustrado de pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 1998. p.48-52.
3. Estatuto da criança e do adolescente. São Paulo: Saraiva; 1990.
4. Fundação para a infância e adolescência (NACA). Estatística de Janeiro a Agosto de 2004.
5. Frega A, Cenci M, Stentella P, Cipriano L, De Ioris A, Alderisio M, et al. Human papillomavirus in virgins and behaviour at risk. Cancer Lett 2003; 8;194(1):21-4
6. Boselli F, Chiossi G, Gallinelli A. The Italian STD 'Hot-Line' – Making people aware. STD 2003;30(9):707-712.
7. Syrjanen S, Shabalova I, Petrovichev N, Kozachenko V, Zakharova T, Pajanidi J, et al. Sexual habits and human papillomavirus infection among females in three new independent states of the former Soviet Union. STD 2003;30(9):680- 684.
8. Carvalho C. Diagnóstico: abuso infantil. RBO 2002,59(3):180-183.
9. Maia MES, Corrêa MSNP, Fazzi R. Estratégias de conduta clínica e psicológica em odontopediatria. RBO 2000;48(2):2-6.
10. Wright GZ. Behavior management in dentistry for children. Philadelphia: Saunders; 1975.
11. Aragone PN, Vicente SP. Aspectos psicológicos na clínica Odontopediátrica aplicados à relação criança x família x dentista. JBP 2000 2(5):23-27.
12. Roberts JF. How important are techniques? The empathic approach to working with children. ASDC J Dent for Child. 1995;62(1):38-43.
13. Sandrini JC. Desenvolvimento psicológico da criança e as técnicas de controle comportamental em odontologia pediátrica. Rev Odontopediatr 1995; 4(3):109-118.
14. Constituição. São Paulo: Enciclopédia Britânica do Brasil; 1988.
15. Silva IDCG, Lima GR. Papilomavírus humano. Revista Compacta Ginecologia 2004;4(2):7-25.

Curso de Urgências e Emergências

Enfermagem Brasil – Volume 6 Número 2 – Março/Abril de 2007

Adriana Roloff
adroloff@brturbo.com.br

Especialista em Terapia Intensiva Adulto Crítico pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra-RS) e em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela PUC-RS, enfermeira do Setor de Educação Permanente do Hospital de Pronto-Socorro de Canoas (HPSC-RS) e enfermeira orientadora técnica das Unidades de Internação do HPSC-RS, ex-professora titular da disciplina de Enfermagem em Cuidado do Adulto I da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestranda em Genética Molecular e Toxicologia pela Ulbra-RS

atlântica editora

ATLÂNTICA educacional

1 **Triagem e gerenciamento de desastres em vítimas de traumas**

2 **Cinemática do trauma**

3 **Atendimento inicial à vítima de trauma**

4 **Atendimento inicial ao paciente queimado**

5 **Atendimento à criança vítima de trauma**

6 **Atendimento na parada cardiorrespiratória: SBV e SAV**

Será feita uma avaliação pós-curso para emissão de certificado pela Atlantica Educacional.

Cinemática do trauma

Cinemática do trauma é a ciência que estuda a troca de energia entre a vítima e o agente causador da lesão

DEFINIÇÃO

A avaliação de um paciente traumatizado inicia-se ainda na fase pré-hospitalar do atendimento. Na avaliação da cena, a observação das circunstâncias nas quais o evento ocorreu (p. ex., o tipo de colisão automobilística – frontal, lateral, traseira, angular, capotagem – e o grau de deformidade do veículo, a altura da queda e a velocidade dos corpos, o tipo e o calibre das armas, etc.) permite o estabelecimento de uma relação entre os fatos e as possíveis lesões apresentadas pela vítima. A este estudo denomina-se cinemática do trauma.

A observação do local na cena do evento já faz parte da história do trauma. Os danos externos e internos constatados no veículo freqüentemente representam "pistas" para as lesões sofridas por seus ocupantes (p. ex., um volante deformado sugere impacto sobre o tórax; uma "fratura" circular do pára-brisa indica o local de impacto da cabeça e sugere uma possível lesão da coluna cervical; uma deformidade na parte mais baixa do painel sugere o impacto e uma possível luxação de joelho, coxofemoral ou até uma fratura de fêmur).

A equipe que atende a um politraumatizado deve ter dois tipos de lesões em mente:

- **primeiro tipo** – aquelas facilmente identificáveis ao exame físico e que permitem tratamento precoce; e
- **segundo tipo** – aquelas ditas potenciais, ou seja, não são óbvias ao exame físico, mas podem estar presentes pelo mecanismo de trauma sofrido pelo paciente.

De acordo com o grau de suspeita destas lesões pela equipe de atendimento, danos menos aparentes podem passar desapercebidos e, conseqüentemente, serão tratados tardiamente. Assim, ressalta-se a importância de se conhecer a história do acidente. No trauma, assim como em qualquer outra doença, uma história clínica completa e precisa, desde que corretamente interpretada, pode levar à indicação ou suspeita de 90% das lesões traumáticas apresentadas pela vítima.

Para que um objeto em movimento perca velocidade, é necessário que a sua energia de movimento seja transmitida a outro objeto. No trauma, esta transferência de energia ocorre quando os tecidos do corpo humano são violentamente deslocados para longe do local de impacto pela transmissão de energia. O movimento de fuga dos tecidos, a partir da região de impacto, causa uma lesão local por compressão tecidual e também à distância, à medida que a cavidade se expande por estiramento.

"No trauma, assim como em qualquer outra doença, uma história clínica completa e precisa, desde que corretamente interpretada, pode levar à indicação ou suspeita de 90% das lesões traumáticas apresentadas pela vítima"

Estes fatores também estão presentes quando a pele é penetrada. É mais difícil avaliar a extensão da lesão tecidual quando não existe penetração cutânea do que na presença de uma lesão aberta. Os traumatismos contusos, que não deixam marcas visíveis na pele, são especialmente passíveis de passarem desapercebidos (p. ex., um soco desferido contra o abdome pode deformar profundamente a parede abdominal sem deixar marcas). Portanto, é de fundamental importância pesquisar a história do evento que ocasionou a lesão.

Uma cavidade (ou deformação) visível, após um impacto, é definida como permanente, enquanto aquela não visível é definida como temporária. O tamanho da cavitação é determinado pela quantidade de energia transferida. A diferença básica entre os dois tipos de cavidade é a elasticidade dos tecidos envolvidos (Quadro 1).

Quadro 1 – Definição de cavidades (ou deformações) após impactos	
Permanente	Causada por impacto e compressão dos tecidos e pode ser vista após o trauma. Ex.: quando um motoqueiro choca a cabeça contra um obstáculo, geram-se múltiplas fraturas de crânio, o que não permite o retorno dos ossos às suas posições originais (afundamento de crânio), formando uma cavidade permanente e facilmente identificável ao exame.
Temporária	Formada no momento do impacto e os tecidos retornam à posição prévia após o impacto. Este tipo de cavidade não é visto pela equipe de resgate nem pelo médico ao exame físico. Ex.: um chute no abdome pode deformar profundamente a parede abdominal sem deixar marcas visíveis, pois, após o golpe, a parede abdominal retorna à posição original, gerando somente uma cavidade temporária.

TIPOS DE TRAUMA

As lesões traumáticas podem ser classificadas em contusões, penetrantes e por explosão.

Ao se obter a história clínica da fase do impacto, faz-se necessário considerar e compreender algumas leis físicas pertinentes, uma vez que a cinemática baseia-se em princípios fundamentais da Física (Quadro 2).

Quadro 2 - Leis da energia e do movimento
Primeira lei de Newton (ou Princípio da Inércia)
"Todo corpo permanece em seu estado de repouso ou de movimento retilínio e uniforme, desde que forças externas não atuem sobre ele."
Lei da conservação da energia
"Em qualquer sistema isolado, o somatório das energias ao inicío de qualquer processo é igual ao somatório das energias ao fim do processo."
A energia não pode ser criada ou destruída, mas pode ser mudada quanto à forma e assumir 5 formas: mecânica, térmica, elétrica, química ou radiação.
Energia cinética
É uma função de peso e da velocidade do objeto (em vítimas, peso e massa são a mesma coisa; do mesmo modo, movimento e velocidade também são a mesma coisa).
A relação entre peso e velocidade do modo que afeta a energia cinética é: a velocidade contribui mais para o aumento da taxa de produção de energia cinética do que a massa. Quanto maior a velocidade, maior é o dano.
A energia cinética é igual à massa multiplicada pelo quadrado da velocidade, dividida por dois
$E_c = \frac{m \times V^2}{2}$
Ex.: antes da colisão, o motorista está em movimento na mesma velocidade do carro; durante a fração de segundo do impacto, carro e motorista desaceleram para a velocidade zero e essa força de desaceleração é transmitida para o corpo do motorista; se a distância de parada for aumentada, a força de desaceleração é reduzida, e a lesão resultante é diminuída proporcionalmente.

Quadro 2 - Leis da energia e do movimento
Energia traumatizante
Uma vez que o objeto está em movimento e possui uma energia específica de movimento, para que ele pare completamente, deve perder toda a sua energia convertendo-a em outra forma de energia ou transferindo-a para outro objeto. A perda de movimento de um objeto em movimento traduz-se em dano tecidual à vítima.
Força é igual à massa multiplicada pela desaceleração (ou aceleração)
$F = m^x a$
Ex.: um veículo atinge um pedestre que é esmagado e arremessado para longe; a velocidade do veículo é diminuída pelo impacto, mas esta velocidade reduzida é transferida ao pedestre, resultando em lesão.

Trauma fechado (ou contuso)

A transferência de energia está diretamente relacionada com a densidade e o tamanho da área frontal no ponto de contato entre o objeto e o corpo da vítima. No trauma fechado (ou contuso), as lesões são produzidas à medida que os tecidos são comprimidos, desacelerados ou acelerados.

O trauma fechado, em sua grande maioria, é produzido por acidentes automobilísticos, mas também pode ocorrer devido a quedas, agressões, traumas esportivos ou qualquer outra condição capaz de produzir mecanismos de força (Quadro 3).

Quadro 3 – Mecanismos de força	
Força de constrição	**Produz lesão ao órgão pelo impacto contra uma superfície óssea.**
Força tangencial	Traciona o órgão além de seus limites de mobilidade.
Força de compressão súbita	Geralmente atinge vísceras ocas causando a sua explosão.

Lesões orgânicas por compressão

Ocorrem quando a parte anterior do tronco (tórax e abdome) deixa de deslocar-se para frente, enquanto a parte posterior continua a mover-se em direção anterior (p. ex., a contusão miocárdica é um exemplo típico deste mecanismo de lesão).

Lesões análogas podem ocorrer com os pulmões ou as vísceras abdominais. Os pulmões e a cavidade abdominal podem estar sujeitos a uma variante peculiar deste tipo de lesão – o efeito do saco de papel (paper bag) – quando insuflamos um saco de papel, fechando-o e comprimindo-o abruptamente, ele se rompe. Pois bem, em uma situação de colisão, é instintivo que a vítima puxe e segure o fôlego, causando, portanto, o fechamento da glote. A compressão da caixa torácica produz, então, ruptura dos alvéolos e pneumotórax simples ou hipertensivo. Na cavidade abdominal e por mecanismo semelhante, a hiperpressão leva à ruptura de diafragma, o que irá resultar no deslocamento do conteúdo abdominal para a cavidade torácica.

"Em uma situação de colisão, é instintivo que a vítima puxe e segure o fôlego, causando, portanto, o fechamento da glote"

As lesões por compressão do conteúdo craniano ocorrem pela penetração dos ossos fraturados na abóbada craniana, resultando em lesão cerebral, ou pela compressão das porções anteriores do parênquima cerebral contra a parede do crânio pelas porções posteriores do próprio cérebro.

Lesões orgânicas por desaceleração

Ocorrem quando a parte responsável pela estabilização do órgão (p. ex., o pedículo renal, o ligamento teres ou a aorta descendente) cessa o seu deslocamento anterior acompanhando o tronco, ao mesmo tempo em que a parte móvel do corpo (p. ex., o baço, o rim, o coração com o aórtico) continua deslocando-se para frente.

Por exemplo, o coração e o arco aórtico continuam a rodar para frente enquanto a aorta descendente, acolada à coluna torácica, desacelera rapidamente junto com o tronco. As forças de cisalhamento são mais intensas na interseção entre o arco aórtico (móvel) e a aorta descendente (menos móvel) próximo ao ligamento arterioso. Este mesmo tipo de lesão pode ocorrer com:

- **baço e rins** – na junção com os pedículos;
- **fígado** – quando os lobos direito e esquerdo desaceleram ao longo do ligamento teres e separam o fígado ao meio; e
- **caixa craniana** – quando a parte posterior do cérebro separa-se da calota rompendo vasos e resultando em lesões expansivas.

Tórax

Os impactos na região do tórax atingem inicialmente o esterno. Ele absorve grande parte da energia e pára abruptamente. No entanto, a parede posterior do tórax e os órgãos na cavidade torácica continuam movendo-se para frente. O coração e a aorta ascendente são relativamente "soltos" na cavidade torácica, mas a aorta descendente é firmemente fixada à parede posterior. Assim, quando se criam grandes acelerações (p. ex., impactos laterais) ou desacelerações (p. ex., colisões frontais), produz-se um momento entre o complexo arco aórtico e a aorta descendente, levando à secção total ou parcial da aorta nesta região (próximo ao ligamento arterioso) (Quadro 4).

Quadro 4 - Secção total ou parcial da aorta próximo ao ligamento arterioso

Secção total
Grande sangramento.
Morte do paciente no local do acidente.
Secção parcial
Formação de aneurisma traumático (possível rompimento em minutos, horas ou dias após).
Cerca de 80% dos pacientes morrem no local do acidente. Do restante, ⅓ morre 6h após,
⅓ morre em 24h e ⅓ sobrevive por ≥ 3 dias.

Portanto, de acordo com o mecanismo de trauma, deve-se suspeitar do tipo de lesão, o que irá permitir investigação e tratamento em tempo hábil.

As compressões da parede torácica freqüentemente resultam em pneumotórax. No momento do impacto, há o fechamento involuntário da glote aumentando a pressão dos pulmões, durante a compressão, levando à ruptura, o que pode ser comparado ao que ocorre quando estouramos um saco de papel cheio de ar entre as mãos e, por esse motivo, esse efeito é denominado paper bag.

"De acordo com o mecanismo do trauma, deve-se suspeitar do tipo de lesão, o que irá permitir investigação e tratamento em tempo hábil"

As compressões externas do tórax podem levar, ainda, à fratura de algumas costelas. Na fratura de múltiplas costelas, pode haver o desenvolvimento de um quadro denominado tórax instável. Os órgãos internos também podem ser atingidos (p. ex., o coração). As contusões cardíacas são muito graves porque podem levar a arritmias potencialmente fatais.

Abdome

Da mesma forma que em outros locais, quando há uma desaceleração brusca, as vísceras abdominais continuam movimentando-se para a frente e, assim, gera-se uma força de cisalhamento nos locais de fixação dos órgãos, geralmente localizados nos seus pedículos. Isso ocorre, por exemplo, com os rins, o baço e os intestinos (delgado e grosso). O fígado também pode sofrer lacerações na região do ligamento redondo, porque é fixado principalmente no diafragma. Como esse músculo possui grande mobilidade, permite a movimentação do fígado para a frente, forçando-o contra o ligamento redondo.

As paredes (anterior, lateral, posterior, inferior) do abdome são extremamente fortes, mas a parede superior é composta pelo diafragma, que é um músculo de ± 5mm de espessura, correspondendo à parede mais fraca. Portanto, o aumento da pressão abdominal pode levar à:

- perda do trabalho ventilatório do diafragma;
- ruptura do diafragma com a passagem das vísceras abdominais para a cavidade torácica, reduzindo a expansibilidade dos pulmões; e
- isquemia de alguns órgãos por compressão ou estiramento dos vasos, devido ao deslocamento dos órgãos.

O aumento exagerado da pressão abdominal pode levar, ainda, a rupturas esofágicas (síndrome de Boerhave) ou da valva aórtica pelo refluxo sangüíneo.

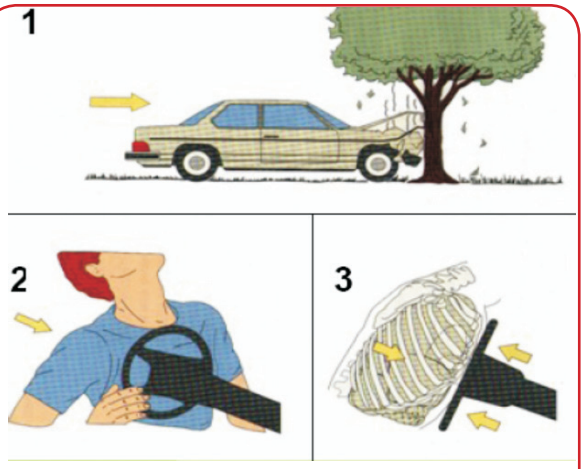
Principais causas de ferimentos contusos

Colisão automobilística na qual a vítima encontra-se dentro do veículo, atropelamento de pedestre, colisão/queda de motocicleta e quedas são as principais causas de ferimentos contusos.

Colisão automobilística

Um dos principais pontos para o bom entendimento do mecanismo produtor da lesão nas colisões automobilísticas é entender que uma colisão, na verdade, representa três colisões:

- **primeira colisão** – ocorre entre o veículo e o objeto;
- **segunda colisão** – ocorre entre a vítima e o interior do veículo; e
- **terceira colisão** – ocorre entre os órgãos internos da vítima e as estruturas de seu próprio corpo.



Um dos principais pontos para o bom entendimento do mecanismo produtor da lesão nas colisões automobilísticas é entender que uma colisão, na verdade, representa três colisões.

As interações entre a vítima e o veículo dependem do tipo de colisão, que pode ser: 1. frontal; 2. lateral; 3. traseira; 4. angular; 5. capotagem (ou capotamento); e 6. ejeção da vítima do interior do veículo (deve ser considerada separadamente).

1. Colisão frontal

Um impacto frontal é definido como uma colisão contra um objeto que se encontra à frente do veículo reduzindo subitamente a sua velocidade. O ocupante do veículo, que não se encontra devidamente contido, continua a movimentar-se para frente (primeira lei de Newton) até que alguma parte da cabine reduza a sua velocidade ou, então, até ser ejetado do veículo.

No impacto, a vítima pode escorregar para baixo e seguir uma trajetória tal que as extremidades inferiores sejam o ponto inicial de impacto, de modo que os joelhos ou os pés recebam a transferência inicial de energia. Nestas condições, a projeção anterior do tronco em direção às extremidades pode causar aalgumas lesões, como fratura-luxação do tornozelo, luxação do joelho (à medida que o fêmur passa por cima da tíbia e da fíbula), fratura de fêmur e luxação posterior do acetábulo (à medida que a pelve ultrapassa a cabeça do fêmur).

O segundo componente deste tipo de trajetória é a rotação anterior do tronco contra a coluna da direção ou o painel de instrumentos do veículo. Se a estrutura do assento e a posição da vítima são tais que a cabeça torna-se a extremidade do "míssil humano", o crânio choca-se com o pára-brisa ou contra a moldura que o sustenta. A coluna cervical absorve parte da energia inicial, enquanto o tórax e o abdome batem contra a coluna da direção ou o painel de instrumentos do veículo.

O ocupante do veículo, que não se encontra devidamente contido durante uma colisão frontal, continua a movimentar-se para frente até que alguma parte da cabine reduza a sua velocidade ou até ser ejetado do veículo.

2. Colisão lateral

Define-se impacto lateral como uma colisão contra o lado de um veículo capaz de imprimir ao ocupante uma aceleração que o afasta do ponto de impacto (aceleração oposta à desaceleração).

Muitas das lesões causadas por este tipo de colisão são semelhantes àquelas que resultam de um impacto frontal. Além destas, também podem ocorrer lesões de compressão do tronco e da pelve. A natureza das lesões internas é definida pelo lado do impacto, pela posição do ocupante e a força do impacto (intrusão na cabine). O motorista que sofre um impacto em seu lado esquerdo (lado do motorista) tem um risco maior de sofrer lesões à esquerda (p. ex., fraturas de arcos costais à esquerda, lesão esplênica, lesões esqueléticas à esquerda, incluindo a pelve). Já o passageiro que sofre um impacto do seu lado terá um perfil semelhante de lesões, embora do lado direito, com destaque para possíveis lesões hepáticas.

Nos impactos laterais, a cabeça comporta-se como uma grande massa que roda e inclina lateralmente o pescoço, à medida que o tronco é empurrado para longe do lado da colisão. Os princípios biomecânicos básicos são os mesmos tanto na colisão frontal ou na lateral. Entretanto, ao examinar o paciente, faz-se necessário considerar as forças de aceleração e desaceleração, assim como as peculiaridades anatômicas do lado acometido.

Na colisão lateral, a natureza das lesões internas é definida pelo lado do impacto, pela posição do ocupante e a força do impacto (intrusão na cabine).

3. Colisão traseira

Um impacto traseiro tem conotações biomecânicas diferentes. Habitualmente este tipo de impacto ocorre quando um veículo está totalmente parado e é atingido por trás por outro veículo.

O veículo atingido, incluindo os seus ocupantes, é jogado para frente, à medida que absorve energia do veículo que o atingiu. O tronco dos ocupantes sofre uma aceleração para frente juntamente com o veículo. Já a cabeça, quando o encosto de cabeça não se encontra devidamente posicionado, não acompanha esta aceleração, fazendo com que o pescoço seja hiperestendido por cima do suporte. Esta hiperextensão estira as estruturas de sustentação do pescoço, produzindo uma lesão por mecanismo de chicote.

Pode ocorrer também um impacto frontal, pois freqüentemente há um terceiro automóvel logo à frente do veículo que sofreu o impacto primário.

Durante uma colisão traseira, pode ocorrer também um impacto frontal, pois freqüentemente há um terceiro automóvel logo à frente do veículo que sofreu o impacto primário.

4. Impacto angular

Um impacto angular dianteiro ou traseiro produz lesões que obedecem a variantes dos padrões observados nas colisões frontais e laterais ou posteriores e laterais.

Neste tipo de impacto, as lesões produzidas obedecem a variantes dos padrões observados nas colisões frontais e laterais ou posteriores e laterais.

5. Capotamento (ou capotagem)

Durante um capotamento, o ocupante do veículo, que não esteja contido, pode chocar-se contra qualquer parte do interior da cabine. As lesões podem ser deduzidas a partir da observação dos pontos de impacto na pele do paciente. Como regra geral, admite-se que este tipo de colisão ocasiona lesões mais graves devido aos deslocamentos violentos e múltiplos que ocorrem durante o capotamento.

Devido aos deslocamentos violentos e múltiplos que ocorrem durante o capotamento, este tipo de colisão ocasiona lesões mais graves.

6. Ejeção da vítima

Ao contrário do que muitos acreditam, a probabilidade de lesões neste mecanismo aumenta em cerca de 300%. Na avaliação da vítima de ejeção, é importante estar atento para a possibilidade de lesões ocultas devidas aos meios de contenção (Quadro 5).

"Os air bags *não devem ser encarados como substitutos dos cintos de segurança, mas apenas como dispositivos complementares de proteção, pois não oferecem qualquer benefício em capotamentos, colisões subseqüentes, impactos laterais ou traseiros"*

A disponibilidade crescente do air bag tende a reduzir significativamente algumas lesões decorrentes de impactos frontais, contudo, tais dispositivos não devem ser encarados como substitutos dos cintos de segurança, mas apenas como dispositivos complementares de proteção.

O cinto de segurança pode reduzir as lesões quando utilizado corretamente, pois, caso contrário, também poderá ser responsável por algumas lesões, embora reduza o dano global. Em colisões laterais, o cinto de dois pontos é um dispositivo eficaz, desde que utilizado corretamente. À medida que o veículo é deslocado lateralmente, o ocupante passa a movimentar-se para o mesmo lado pela ação do cinto de segurança, e não pelo impacto em si ou pela porta do veículo. Quando o ocupante começa a afastar-se do ponto de impacto, é menos provável que ocorram lesões devidas à intrusão para dentro da cabine e através da porta.

Quadro 5 - Possíveis lesões ocultas devidas aos meios de contenção

Air bags
Em colisões frontais, os ocupantes do veículo podem beneficiar-se do air bag, mas apenas no primeiro impacto. No momento de um segundo impacto contra outro objeto, a bolsa já foi disparada e está desinsuflada. O air bag não oferece qualquer benefício em capotamentos, colisões subseqüentes, impactos laterais ou traseiros. O cinto de segurança de três pontos deve ser usado sempre para uma proteção mais completa.
Cintos de segurança
Para o funcionamento adequado, o cinto deve estar abaixo das espinhas ilíacas ântero-superiores e acima dos fêmures e tencionado suficientemente para continuar bem posicionado, durante os deslocamentos implícitos à colisão. Quando usado inadequadamente (p. ex., acima das cristas ilíacas ântero-superiores), o movimento de compressão da parede abdominal contra a coluna lombar pode lesar gravemente os órgãos, como pâncreas, fígado, baço e duodeno, além da possibilidade de produzir ruptura do parênquima pulmonar devido ao súbito aumento da pressão intra-abdominal, que é transferida para o espaço pleural, produzindo um pneumotórax simples ou hipertensivo. A hiperflexão contra um cinto mal posicionado pode ocasionar fraturas por compressão anterior da coluna lombar.

Atropelamento de pedestre

É um dos principais tipos de acidente de trânsito e responsável por um enorme número de vítimas fatais e incapacitação física. O trauma conseqüente ao atropelamento é resultado basicamente de três fases de impacto (Quadro 6).

Quadro 6 – Fases de impacto anteriores aos traumas por atropelamento

Primeiro impacto	contra o pára-choque; em geral, atinge os MMII e a pelve.
Segundo impacto	contra o capot e o pára-brisas; em geral, atinge o tronco e a cabeça.
Terceiro impacto	contra o solo; em geral, afeta a cabeça, os MMSS, a coluna vertebral e os órgãos internos.

Colisão/queda de motocicleta

Em acidentes de motocicleta, o mecanismo do trauma é, em parte, semelhante aos já descritos anteriormente, porém, o motoqueiro e o seu eventual passageiro não são protegidos por dispositivos (p. ex., cintos de segurança, air bags) nem pela estrutura do veículo. As quedas de motocicleta são importantes causas de lesões da medula e do cérebro.

Podem ocorrer lesões por compressão, aceleração/desaceleração e cisalhamento, porém, o risco deste tipo de ocorrência será menor, quanto maior for o número de equipamentos de proteção individual (EPIs) utilizados no momento do impacto (p. ex., capacete, botas, luvas, roupas apropriadas, etc.). Os mecanismos de lesão em acidentes de motocicleta podem ser observados no Quadro 7.

O risco de lesões por compressão, aceleração/desaceleração e cisalhamento será menor, quanto maior for o número de equipamentos de proteção individual (EPIs) utilizados no momento do impacto (p. ex., capacete, botas, luvas, roupas apropriadas, etc.).

Quadro 7 - Mecanismos de lesão em acidentes de motocicleta

Impacto frontal/ejeção
Quando a roda dianteira choca-se contra um anteparo, a motocicleta pára subitamente. Obedecendo à primeirra lei de Newton, o motociclista continua seu movimento para frente até bater contra um objeto ou contra o solo. Durante esta projeção, cabeça, tórax ou abdome podem chocar-se contra o guidom.
Quando a vítima é ejetada da motocicleta, os seus MMII batem no guidom, o que pode levar a fraturas bilaterais de fêmur e, posteriormente ao se chocar com o solo, poderão ocorrer múltiplas lesões.
Impacto lateral/ejeção
Podem ocorrer as mesmas lesões do impacto lateral em um automóvel, porém são muito freqüentes as fraturas e os esmagamentos dos MMII.
Quando a vítima é ejetada da motocicleta, pode sofrer múltiplas lesões.
Derrapagem lateral
Neste mecanismo, o motociclista pode sofrer graves abrasões e, até mesmo, avulsões dos tecidos.

Quedas

As vítimas de queda estão sujeitas a múltiplos impactos e lesões. Nestes casos, devem ser avaliados:

- **altura da queda** – quanto maior a altura, maior a chance de lesões, visto que a velocidade em que a vítima atinge o anteparo é proporcionalmente maior e conseqüentemente à desaceleração;
- **compressibilidade da superfície do solo** – quanto maior a compressibilidade, maior a capacidade de deformação, aumentando a distância de parada, diminuindo a desaceleração (p. ex., quando se compara uma superfície de concreto e outra de espuma); e
- **parte do corpo que sofreu o primeiro impacto** – este dado permite levantar a suspeita de algumas lesões. Quando ocorre o primeiro impacto nos pés, há a fratura bilateral dos calcâneos (síndrome de Don Juan). Em seguida, as pernas absorvem o impacto, levanto a fraturas de joelho, ossos longos e quadril. Posteriormente, o corpo é flexionado, causando fraturas por compressão da coluna lombar e torácica. Quando a vítima bate primeiramente as mãos, resulta em fraturas bilaterais de rádio e ulna (fratura de Colles). Nos casos em que a cabeça recebe o primeiro impacto, há lesões de crânio e da coluna cervical.

Altura da queda, compressibilidade da superfície do solo e a parte do corpo que sofreu o primeiro impacto são fatores que necessariamente devem ser avaliados nas vítimas de quedas, tendo em vista o potencial de múltiplos impactos e lesões nesses casos.

Trauma penetrante

É produzida uma cavidade permanente pela passagem de um objeto através do corpo. A cavitação é o resultado da troca de energia entre o objeto em movimento e os tecidos. A extensão da cavitação, ou a troca de energia, é proporcional à superfície da área do ponto de impacto, densidade dos tecidos atingidos e velocidade do objeto no momento do impacto.

Principais causas de trauma penetrante

As principais causas de trauma penetrante são as lesões por projéteis de arma de fogo (PAF) ou por arma branca, contabilizando cerca de 97% dos casos.

No trauma penetrante, é produzida uma cavidade permanente pela passagem de um objeto através do corpo.

A extensão da cavitação é proporcional à superfície da área do ponto de impacto, densidade dos tecidos atingidos e velocidade do objeto no momento do impacto.

Permuta de energia

Conforme já discutido anteriormente, quando um objeto em movimento se depara com um obstáculo, há uma permuta de energia entre eles, que, quando concentrada em uma pequena área, pode exceder à tensão superficial do tecido e penetrá-lo.

A permuta de energia entre o objeto em movimento e os tecidos resulta em cavitação e depende da área e forma do míssil, da densidade do tecido e da velocidade do projétil no momento do impacto. Cabe ressaltar que a área e a forma podem variar, à medida em que sofrem desvios (desvio lateral em relação ao eixo vertical – efeito yaw; ou derrapagem e rotação transversal – efeito tumble ou cambalhota), além da possibilidade de sofrer fragmentações (Quadro 8).

Quadro 8 - Níveis de energia

Baixa energia	
Corresponde a facas e outros objetos lançados manualmente. Causam lesões somente pela sua superfície cortante e geram poucas lesões secundárias. Portanto, se o seu trajeto dentro do corpo for conhecido, é possível predizer a maioria das lesões. O sexo do agressor é um dado para a predição deste trajeto. Geralmente os agressores do sexo masculino produzem lesões acima da lesão de entrada, enquanto os do sexo feminino abaixo deste ponto. Outros dados essenciais são as posições tanto da vítima e do agressor, o tipo de arma utilizada e a movimentação do objeto dentro do corpo da vítima.	
Média energia	**Alta energia**
Corresponde aos revólveres e alguns rifles.	Corresponde aos rifles militares ou de caça.
O que difere as armas de média e alta energia é o tamanho da cavitação (temporária e permanente) produzida. Algumas armas, além de causar lesões ao longo de seu trajeto, também causam lesões ao redor. O vácuo criado pela cavitação leva fragmentos de roupa, bactérias, etc. para o interior da lesão. A distância também é importante, pois, quanto maior, menor será a velocidade do projétil, diminuindo as lesões.	

Lesões regionais específicas

Cabeça

Após o projétil penetrar no crânio, a energia é distribuída em uma cavidade fechada, o que leva à aceleração das partículas contidas nesta cavidade (no caso, o cérebro), forçando-as contra o crânio e, como este é inflexível, há o choque do cérebro contra a parede interna do crânio, produzindo muito mais lesões, quando comparado às cavidades expansíveis.

As armas de média energia (p. ex., calibre 22) podem seguir a curvatura interna do crânio. O projétil entra, mas não tem energia suficiente para sair, fazendo-o seguir tal trajeto. Este fenômeno normalmente causa lesões graves.

Tórax

Nos pulmões, o projétil entra sem causar grandes lesões devido à sua baixa densidade. Do ponto de vista clínico, estas lesões são muito importantes, principalmente pelas alterações do espaço pleural (p. ex., pneumotórax, hemotórax, etc.).

Os pequenos vasos não são fixados firmemente à parede torácica, podendo ser afastados do objeto lesivo sem sofrer grandes danos. Já os grandes vasos (p. ex., aorta, cavas) não podem ser movidos facilmente, sendo mais suscetíveis a lesões. O miocárdio, quando atingido por armas potentes, sofre lesões que levam à exsangüinação imediata, mas, quando atingido por armas mais leves (p. ex., estiletes, facas, calibre 22), devido à sua contração, reduz o tamanho das lesões, o que permite que a vítima chegue com vida ao hospital.

A porção torácica do esôfago pode ser penetrada, derramando o seu conteúdo na cavidade torácica. Os sinais e sintomas desta lesão podem aparecer tardiamente (horas ou dias após). Portanto, mesmo sem estes sinais, tais lesões devem ser suspeitadas e investigadas, para permitir o tratamento precoce e previnir muitas complicações graves (p. ex., mediastinite).

Abdome

As armas de baixa energia (p. ex., facas e outros objetos lançados manualmente) podem penetrar a cavidade abdominal sem causar danos significativos. Somente 30% dos ferimentos por faca requerem reparação cirúrgica.

As armas de média energia (p. ex., revólveres e alguns rifles) são mais lesivas e requerem reparação em 85-95% dos casos. Quando estas armas atingem estruturas sólidas ou vasculares, podem não produzir sangramento imediato, o que permite que a vítima chegue com vida ao hospital.

Extremidades

Quando um osso é atingido pode sofrer fragmentação. Estes fragmentos transformam-se em "projéteis secundários" e lesam os tecidos ao seu redor. Os músculos são expandidos ao longo do trajeto, podendo causar hemorragias. Os vasos sangüíneos podem ser penetrados pelo projétil ou sofrer obstrução por danos de seu revestimento endotelial (por lesão secundária).

Ferimentos de entrada e saída

Para o profissional que atende uma vítima de ferimento por PAF, a determinação quanto a um orifício ser de entrada ou de saída é de suma importância. Dois orifícios podem indicar dois ferimentos separados ou podem ser os ferimentos de entrada e saída de um único projétil. Em ambos os casos, as informações podem influenciar a identificação das estruturas anatômicas possivelmente lesadas e a conduta a ser tomada.

- **ferimento de entrada** – em geral, os orifícios de entrada são lesões ovais ou redondas, cercadas por uma área enegrecida (1-2mm de extensão) devido à queimadura e/ou abrasão do tecido. Dependendo da distância da arma, podemos ter aspectos diferentes. Quando muito próximo ou encostado à pele, gases são forçados para dentro do tecido subcutâneo. A explosão deixa uma visível queimadura na pele. Quando ocorre de 10-20cm, pode ser visto um pontilhado (tatuagem) devido às partículas de pólvora lançadas em ignição. Estas características podem variar de acordo com a vestimenta da vítima; e
- **ferimento de saída** – tem um aspecto estrelado, sem as alterações acima mencionadas.

Explosões

As explosões podem ser consideradas em separado devido a sua capacidade de causar tanto ferimentos contusos como penetrantes, além dos danos causados pelo deslocamento da onda de pressão.

As explosões não são exclusivas dos tempos de guerra. Devido à violência civil, às atividades terroristas e ao transporte e armazenamento de materiais explosivos, as explosões ocorrem de modo rotineiro e resultam da transformação química extremamente rápida de volumes relativamente pequenos de materiais sólidos, semi-sólidos, líquidos ou gasosos, que rapidamente procuram ocupar volumes maiores.

Tais produtos, em rápida expansão, assumem a forma de uma esfera, a qual possui, no seu interior, uma pressão muito mais alta que a atmosférica. Na sua periferia, forma-se uma fina camada de ar comprimido que atua como uma onda de pressão, fazendo oscilar o meio em que se propaga. À medida em que se afasta do local de detonação, a pressão rapidamente diminui (à terceira potência da distância). A fase positiva pode atingir várias atmosferas com duração extremamente curta. A fase negativa é de duração mais longa.

Tipos de lesões

As explosões podem causar três tipos de lesões:

- **primárias** – resultam diretamente da onda de pressão e têm maior capacidade lesiva para os órgãos que contêm gás. As lesões mais comuns são roturas do tímpano, contusão, edema e pneumotórax (quando atinge os pulmões). Em explosões subaquáticas, os órgãos mais comumente acometidos são os olhos (hemorragias, descolamento de retina) e as rupturas intestinais são as lesões mais observadas;
- **secundárias** – resultam do arremesso de objetos à distância e que atingem os indivíduos ao seu redor (p. ex., granadas); e
- **terciárias** – neste tipo, o próprio indivíduo transforma-se em um "míssil" e é arremessado contra um anteparo ou o solo.

Referências

1. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support. Instructor Manual. Chicago, 1993.
2. Basic and Advanced Trauma Life Support. PHTLS. 3a ed. Mosby Lifeline. 1995.
3. Drapanas T, Litwin MS. Traumatismos: tratamento do paciente agudamente lesado. In: Sabiston DC. Tratado de cirurgia. 1a ed. Rio de Janeiro: Interamericana: 1979. v.1. p.352-400.
4. Freire E (ed chefe). Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu; 2001.
5. Nazi LA et al. Rotinas em pronto-socorro. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
6. Rogers JH et al. Enfermagem de emergência: um manual prático. Porto Alegre: Artmed; 1992.
7. Coelho MJ et al. O socorro, o socorrido e o socorrer: cuidar/cuidados em enfermagem de emergência. Rio de Janeiro: Anna Nery; 1999. p.50.
8. Hércules HC. Trauma: a doença do século - mecanismo do trauma. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
9. Neto JB, Gomes EG. Trauma: a doença do século - etiologia do trauma. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
10. Pires MJB, Harling SV. Manual de urgências em pronto-socorro. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
11. Pavelqueires S, Marçal AA, Gomes CPL, Otoboni JR. Manobras avançadas de suporte ao trauma e emergências cardiovasculares – MAST. 5a ed. Marilia: Manual do Curso MAST; 2002.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (*Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, *N Engl J Med.* 1997;336(4):309-315) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são resumidas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), http://www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2001.

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3.Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
Jean-Louis Peytavin
Atlantica Editora
Rua da Lapa, 180/1103 - Lapa
20021-180 Rio de Janeiro RJ
Tel: (21) 2221 4164
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

2007

Maio

17 de maio
Jornada de Enfermeiros 2007
Associação de Diabetes Juvenil – ADJ
São Paulo, SP
Tel.: 0800-100627
E-mail: enfermagem@adj.org.br

31 de maio a 01 de junho
VIII Encontro dos Enfermeiros dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo – ENFHESP
São Paulo, SP
Tel.: (011) 3721-9333
E-mail: atendimento @ellusaude.com.br

Julho

7 a 10 de julho
8º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico - SOBECC
Centro de Convenções Anhembi
São Paulo, SP
E-mail: http://www.sobecc.org.br

Agosto

2 e 3 de agosto
I Encontro de Controle de Infecção Hospitalar e Feridas da Baixada Fluminense
Firjan
Duque de Caxias, RJ
Tel: (21) 9113-0808 (Cláudia)
E-mail: ccih-eventos@uol.com.br

22 a 24 de agosto
2º SITEn – Simpósio Internacional sobre o Trabalho em Enfermagem
Foz do Iguaçu, PR
E-mail: www.aben-df

Setembro

4 a 7 de setembro
I Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde
Natal, RN
E-mail: www.aben-df

13 a 15 de setembro
XI Encontro Paulista de Nefrologia / XI Encontro Paulista de Enfermagem em Nefrologia
Arts & Convention Center
Campos do Jordão, SP
E-mail: http://www.sobecc.org.br

26 a 28 de setembro
V Simpósio Internacional de Enfermagem
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
Renaissence São Paulo Hotel
São Paulo, SP
E-mail: http: www.sobecc.org.br

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 6 número 3 - Maio / /Junho de 2007

EDITORIAL

A autonomia profissional do enfermeiro, Wilson Danilo Lunardi Filho 147

ARTIGOS ORIGINAIS

Fatores de risco associados à infecção em sítio cirúrgico de pacientes ortopédicos: visão da enfermagem, Joice Santos da Silva, Lucimeire Santos Carvalho, Cátia Andrade Silva, Ana Carla Petersen, Climene Laura de Camargo 149

Efeitos colaterais do cuidado de enfermagem: as expressões corporais das crianças como forma de comunicação na unidade intermediária, Ronilson Gonçalves Rocha, Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Priscila de Castro Handem 157

Características de formação e de inserção de enfermeiras obstetras nos hospitais de São José do Rio Preto-SP, Beatriz Barco Tavares, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler 164

A imprensa escrita como fonte de pesquisa para a Enfermagem, Fernando Porto 172

REVISÕES

Análise da produção científica dos enfermeiros brasileiros sobre a temática ventilação mecânica, Alessandro Fabio de Carvalho Oliveira, Viviane Lira de Melo, Lolita Dopico da Silva 179

O autocuidado nas vivências clínicas e sociais do enfermeiro: refletindo perspectivas da enfermagem em reabilitação, Wiliam César Alves Machado,Valéria Neves Machado 185

O poder na saúde: a ideologia da dominação, Sérgio Ribeiro dos Santos 195

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 202

CURSO DE ENFERMAGEM 2007

Urgências e Emergências, Adriana Roloff
III – Atendimento inicial à vítima de trauma 203

CALENDÁRIO DE EVENTOS 213

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UniRio – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Dulce Dirclair Huf (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)

Rio de Janeiro
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164 / 2517-2749
atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

São Paulo
Rua Teodoro Sampaio, 2550/cj15
05406-200 – São Paulo – SP
Tel: (11) 3816-6192

Recife
Monica Pedrosa Miranda
Rua Dona Rita de Souza, 212
52061-480 – Recife – PE
Tel.: (81) 3444-2083 / 9204-0346
atlanticarecife@atlanticaeditora.com.br

Assinaturas
1 ano: R$ 175,00
Rio de Janeiro: (21) 2221-4164
São Paulo: (11) 3361-5595
Email: melloassinaturas@uol.com.br
Recife: (81) 3444-2083

atlântica editora

Editor executivo
Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Publicidade e marketing
René Caldeira Delpy Jr.
rene@atlanticaeditora.com.br

Gerência de vendas de assinaturas
Djalma Peçanha
djalma@atlanticaeditora.com.br

Editoração e arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Atendimento ao assinante
Vanessa Busson
vanessa@atlanticaeditora.com.br

Redação e administração
Todo o material
a ser publicado
deve ser enviado para
o seguinte endereço:

artigos@atlanticaeditora.com.br
ou
Atlantica Editora - Artigos
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil e MN-Metabólica.***

Fotos da capa: *Paulo São Bento, Lilia Moraes, Letiery C. Fonseca, Díbulo Ferreira, Luciana Fillies Bueno Mathias e Nara Bogaski, Enfermeiros, Valéria Tavares, Cidália Santos, Edmea Gonçalves, Janemara Aguiar, Técnicos Enfermagem do Instituto Fernando Figueira, Rio de Janeiro.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

A autonomia profissional do enfermeiro

*Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho**

A enfermagem, apesar de sua simplificada compreensão tanto na comunidade como no meio profissional da área da saúde, é uma profissão complexa, em decorrência das múltiplas facetas do trabalho que realiza. Esta simplificação parece ser o resultado de incompreensões acerca tanto de sua natureza e domínio como do seu valor humano, científico e ético e, especialmente, da importância e necessidade dos cuidados de enfermagem para o sucesso do processo terapêutico como um todo. A carência de tecnologias para instrumentalizar o seu trabalho, bem como a falta de clareza que os próprios profissionais de enfermagem têm sobre os elementos do seu processo de trabalho e da sua organização e, especialmente, pela maneira como se comportam nas relações com os demais profissionais da área da saúde parecem contribuir para o surgimento e manutenção destes equívocos de percepção.

Muitos dos trabalhadores da enfermagem, ao avaliarem superficialmente a importância de empreender esforços para aprofundar os estudos sobre o trabalho da enfermagem, podem considerá-los desnecessários e, até mesmo, supérfluos. Entretanto, se não conhecermos profundamente o conjunto de nossas ações no emaranhado das ações de saúde e se não reconhecermos a natureza e o domínio deste nosso trabalho, não teremos como argumentar nem pragmática nem legalmente para produzir as mudanças que desejamos na e para a nossa profissão.

Um tema bastante controverso, que vem sendo motivo de discussões, reflexões e estudos, diz respeito à autonomia do enfermeiro no seu exercício profissional. Do ponto de vista das relações sociais, um trabalho é autônomo se e somente se é empreendido sem a intermediação de outras ações conduzidas por outros profissionais para começar ou terminar. Assim, no âmbito institucional, rigorosamente, nenhum trabalho em saúde é absolutamente autônomo, restando-nos pensar na possibilidade de uma autonomia relativa para o exercício de ações específicas, porém, contendo momentos de complementaridade com outros trabalhos. A presença de diversos elementos na realidade do trabalho da enfermagem a configuram como uma profissão que possibilita ao enfermeiro amplos espaços de exercício de autonomia e de poder decisório, permitindo romper-se com o mito de ser a enfermagem uma profissão subalterna, assim considerada até mesmo por grande parte de seus próprios trabalhadores, porque estão impregnados, dentre outros, de sentimentos de impotência, limitação, desprestígio, desvalorização e falta de reconhecimento, no contexto das profissões da área da saúde.

A importância do trabalho da enfermagem nos espaços institucionais reside na garantia da busca por uma assistência à saúde contínua e integral, cuja concretização decorre da atuação do enfermeiro sobre o ambiente institucional, organizando-o para torná-lo terapêutico, e sobre as pessoas, por meio da execução, coordenação e gerenciamento de ações prestadas pelo conjunto de todos os trabalhadores da área da saúde que atuam neste ambiente e que se destinam ao atendimento das necessidades de saúde da clientela.

* *Enfermeiro, Professor Associado I do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Mestre em Administração, Doutor em Enfermagem.*

Uma vez que a organização do trabalho é expressão da vontade de quem o organiza, quando os demais pautam o seu trabalho conforme as determinações de quem o organizou, isto se dá em resposta ao poder que emana das atividades organizacionais, em que as ações de coordenação e gerência direcionam-se a conseguir que as diversas tarefas assistenciais sejam cumpridas pelos diferentes profissionais. Portanto, organizar, coordenar e gerenciar o trabalho assistencial permitem ao enfermeiro pôr em ação determinada forma de exercício de poder que estas condições oportunizam.

Embora a função de organizador não estabeleça uma hierarquia, na qual os demais profissionais fiquem hierarquicamente subordinados ao enfermeiro, porém, seu exercício pode determinar uma forma funcional de subordinação dos outros profissionais ao enfermeiro, como resultado das funções de coordenação e gerência que desempenha. Sob essa ótica, o trabalho do enfermeiro pode ser visto e percebido de uma nova forma, extraordinariamente diferente daquela que nos habituamos a ver. Portanto, devemos nos perguntar qual o entendimento que se deve ter, quando se fala em autonomia profissional do enfermeiro e para realizar o quê? A autonomia do enfermeiro está em realizar as funções para as quais detém competência técnica e legal e não para realizar aquilo que técnica e legalmente compete a outro profissional, mesmo quando por ele negligenciado, mal executado, esquecido ou desconsiderado. A autonomia do enfermeiro está em exercer a enfermagem, conforme lhe assegura a Lei do Exercício Profissional e preconizam os órgãos formadores e de fiscalização, e não no exercício do que seja competência de outra profissão.

Assim, precisamos romper estrategicamente com nossas raízes servis e assumir nossa competência para enunciar nossos próprios preceitos para, desse modo, integrarmos a equipe de saúde como sua parte constituinte, em igualdade de condições com os demais profissionais, para decidirmos sobre o nosso próprio trabalho e sobre o trabalho em saúde, o qual deve ser compreendido como um trabalho coletivo, desenvolvido por meio de ações das diferentes categorias profissionais, e de caráter cooperativo, que se caracteriza pela existência de relações de interdependência no nível do saber-fazer específico de cada uma, no âmbito de sua competência técnica e legal, numa relação de complementaridade entre elas e não necessariamente de subordinação de umas às outras, em todas as situações. Portanto, o trabalho em saúde contempla espaços de liberdade para as tomadas de decisão e autonomia consoantes às competências técnicas e legais de cada categoria profissional, naquilo que de fato e de direito lhes corresponde realizar.

Lançamento

Procedimentos Técnicos de Enfermagem

Este manual apresenta uma visão panorâmica e sistemática dos procedimentos de enfermagem visando uma utilidade didática. O livro é composto de 23 capítulos, organizados com base nos procedimentos que compõem o cotidiano da assistência de enfermagem, destacando-se a definição do procedimento, o material necessário para a realização da técnica, o procedimento técnico propriamente dito e observações. Além da descrição detalhada das técnicas, a publicação contribui para a implementação de medidas de proteção à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem a promoção e a assistência à saúde em geral.

Informações: Assessoria de Comunicação da Editora UFSM
E-mail: editoraufsm@yahoo.com.br ; **Telefone/fax:** (55) 3220-8610

Enfermagem Brasil
Maio / Junho 2007;6(3)

Artigo original

Fatores de risco associados à infecção em sítio cirúrgico de pacientes ortopédicos: visão da enfermagem

Joice Santos da Silva*, Lucimeire Santos Carvalho, M.Sc.**, Cátia Andrade Silva, M.Sc.***, Ana Carla Petersen****, Climene Laura de Camargo, D.Sc.*****

**Enfermeira, Universidade do Estado da Bahia, **Doutoranda da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Docente da Universidade do Estado da Bahia, ***Universidade Federal da Bahia (UFBA), Docente da Faculdade de Tecnologias e Ciências – SSA/BA, ****Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Enfermeira Assistencial do Centro Pediátrico Hosanah de Oliveira da Universidade Federal da Bahia (UFBA), *****Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA)*

Resumo

Pesquisa quantitativa, tipo coorte retrospectiva, sobre fatores de risco para ocorrência de infecção em sítio cirúrgico de pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas, cujos objetivos foram estudar a incidência de infecção em sítio cirúrgico e identificar os fatores de risco relacionados a esta ocorrência. A obtenção dos dados deu-se mediante consulta aos prontuários e contato telefônico com os pacientes, sendo, posteriormente, submetidos ao cálculo de risco relativo. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, instrução, nível sócio-econômico, obesidade, tabagismo, classificação ASA, patologia de base, potencial de contaminação da ferida, cirurgia prévia, motivo da cirurgia, tempo cirúrgico, tricotomia e não realização de antibioticoprofilaxia. A amostra constou de 14 pacientes. A taxa de infecção encontrada foi de 9,1%. Comportaram-se como fatores de risco o potencial de contaminação da ferida, doença de base, cirurgia prévia, ASA III, nível sócio-econômico, tricotomia e sexo.

Palavras-chave: infecção hospitalar, infecção de ferida operatória, fatores de risco, enfermagem cirúrgica.

Abstract

Risk factors associate with surgical site infection in orthopedic patients: nursing point of view

Quantitative research, retrospective cohort study, related to risk factors for occurrence of surgical site infection in patients submitted to orthopedics surgical, whose objectives were to study the incidence of surgical site infection and to identify the related risk factors to this occurrence. Data was collected through the use of consultation files and patients phone calls, and later, relative risk was calculated. The variables analyzed were: sex, age, socio-economic level, obesity, smoking**,** ASA classification, base pathology, potential cause of wound contamination, previous surgery, reason of surgery, surgical time, preoperative depilation and non antibiotic prophylaxis administration. The sample consisted of 14 patients and rate of

Artigo recebido em 15 de março de 2006; aceito em 7 de abril de 2007.
Endereço para correspondência: Lucimeire Santos Carvalho, Rua L, Quadra 4 Lote 5, Jardim Brasília Pernambués, 41100-160 Salvador BA, E-mail: meirebom@ig.com.br

infection was 9,1%. The main risk factors are potential contamination of the wound, base pathology, previous surgery, ASA III, socio-economic level, preoperative depilation and sex.

Key-words: hospital infection, surgical wound infection, risk factors, nursing surgical.

Resumen

Los factores de riesgo asociados a la infección del sitio quirúrgico en pacientes ortopédicos: visión de enfermería

Investigación cuantitativa, de tipo cohorte retrospectiva, sobre factores de riesgo para la ocurrencia de infección de sitio quirúrgico en pacientes sometidos a cirugías ortopédicas, cuyos objetivos fueron estudiar la incidencia de infección de sitio quirúrgico e identificar los factores relacionados a esta ocurrencia. Los datos fueron obtenidos mediante consulta a los prontuarios y contacto telefónico con los pacientes y, posteriormente, sometidos al cálculo del riesgo relativo. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, nivel socioeconómico, obesidad, fumador, clasificación ASA, patología de la base, potencial de contaminación de la herida, cirugía previa, razón de la cirugía, tiempo quirúrgico, tricotomía y la falta de realización de profilaxis antibiótica. La muestra consistió de 14 pacientes. El índice de infección encontrado fue del 9.1%. Se comportaron como factores de riesgo el potencial de contaminación de la herida, patología de base, cirugía previa, ASA III, nivel socioeconómico, tricotomía y sexo.

Palabras-clave: infección hospitalaria, infección de herida quirúrgica, factores de riesgo, enfermería quirúrgica.

Introdução

As infecções hospitalares (IH) são um importante problema de Saúde Pública [1] e a preocupação com esta problemática sempre esteve presente no cotidiano acadêmico da formação do profissional enfermeiro. Desde o início das atividades teóricas e práticas desenvolvidas durante a graduação do curso de enfermagem, seja nas unidades clínicas, cirúrgicas ou ambulatoriais, tem sido uma constante as orientações sobre IH, seus riscos e medidas de prevenção. O compromisso e a responsabilidade do profissional enfermeiro com o controle das IH é algo consensual e tem sido bastante discutido e difundido, de modo particular, pelos enfermeiros atuantes nas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

O Ministério da Saúde conceitua como IH toda infecção adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta do mesmo, quando puder ser relacionada com a internação ou a procedimentos hospitalares [2]. E os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC-P), centros localizados nos Estados Unidos, cuja missão é o controle da doença e sua prevenção, estabelecem como critérios para determinar o grau de exposição dos indivíduos e confirmar o diagnóstico de IH, o intervalo de tempo entre 48 horas e 30 dias (quando da não inserção de próteses) após a cirurgia [3].

Com base em estudos realizados pelo CDC-P, em 1985, a infecção de sítio cirúrgico (ISC) era considerada a terceira modalidade das IH, ocorrendo em 14 a 16% dos pacientes hospitalizados. No ano de 1970, o CDC-P criou o NNIS, com a finalidade de validar taxas para uso nos denominadores, as quais pudessem medir os fatores de risco de infecção. E no período entre 1986 e 1996 hospitais participantes do *National Nosocomial Infection Surveillance System (*NNIS) publicaram novos estudos detectando a ISC como o sítio mais comum de IH, correspondendo a 38% de todas as infecções [4].

Em 1994, o CDC-P sugeriu que todo serviço de vigilância das IH acompanhasse os pacientes cirúrgicos desde a alta pós-cirúrgica até a alta ambulatorial, visto que se estima que cerca de 84% das ISC ocorrem após a alta hospitalar, dentro de quatro a seis dias após o procedimento cirúrgico [5]. No entanto, esta prática não é realidade nos hospitais brasileiros. Na maioria das instituições, a vigilância das IH está limitada somente ao tempo de permanência do paciente na instituição. Sabe-se, porém, que a CCIH que não possui controle de egresso cirúrgico gera taxas de infecção subnotificadas, apontando para uma falsa realidade [6].

A curta permanência do paciente cirúrgico no âmbito hospitalar, relacionadas às altas hospitalares cada vez mais precoces (em torno do segundo ou terceiro dia) e ao aumento das cirurgias ambulato-

riais, das quais o paciente geralmente recebe alta no mesmo dia, é citada como causa da subnotificação das ISC [7]. Assim, pode-se afirmar que ao tempo em que o avanço das técnicas cirúrgicas e anestésicas permitiu a realização de procedimentos cirúrgicos em regime de Hospital-Dia, entendido como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos [...] que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas [8], agravou o problema da vigilância das IH.

Considerando o exposto, pode-se afirmar que a identificação da real taxa de IH de determinado Hospital-Dia constitui-se no primeiro desafio a ser ultrapassado durante o exercício da vigilância das IH. Entretanto, faz-se necessário, em um segundo momento, questionar-se quais seriam os fatores de risco associados à ocorrência destas infecções, pensando-se no planejamento e na execução eficaz de medidas de controle sobre as possíveis causas da infecção, haja vista que a taxa de incidência de IH varia com os fatores de risco presentes na amostra em estudo [3].

A taxa de incidência de infecção hospitalar (IH) está estritamente relacionada com os fatores de risco do contexto cirúgico, sendo a multicausalidade de sua ocorrência algo largamente aceito na literatura [1,3]. Não há como negar que o centro cirúrgico apresenta alta concentração de procedimentos invasivos, razão suficiente para a preocupação com os riscos e controle da infecção neste local. Sabe-se que fatores inerentes ao paciente, ao ambiente, aos membros da equipe e aos materiais cirúrgicos têm sido relacionados à incidência de IH em pacientes cirúrgicos [1,5].

Os fatores de risco podem ser intrínsecos e extrínsecos [3]. O risco intrínseco refere-se à predisposição para infecção que está determinada pelo tipo e gravidade da doença de base do hospedeiro. O risco extrínseco consiste nos recursos utilizados na prestação do cuidado, nas agressões sofridas, que estão determinadas pela quantidade de procedimentos invasivos aos quais o paciente é submetido; e na qualidade do cuidado dispensado pela equipe, entendido como o uso correto das técnicas assépticas durante a realização dos procedimentos invasivos.

Foi, então, estabelecido um escore para medir o risco de ISC, cujos valores variam de zero a três [3]. Para as variáveis de risco intrínseco foram consideradas a classificação da ferida cirúrgica de acordo com o potencial de contaminação, em que os pacientes com ferida classificada como contaminada ou infectada ganham 1 ponto, e os pacientes com classificação de ferida limpa e potencialmente contaminada ganham zero ponto; e a classificação de risco anestésico de acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA). Neste escore, pacientes com ASA 3 (paciente com doença sistêmica grave que requeira assistência médica), ASA 4 (paciente com doença sistêmica grave e risco de vida) e ASA 5 (paciente moribundo) ganham 1 ponto, e os com ASA 1 (paciente saudável) e ASA 2 (paciente com doença sistêmica controlada) ganham zero ponto.

Como variável de risco extrínseco foi definido o tempo de duração da cirurgia, ou seja, para cada procedimento cirúrgico haveria um tempo ótimo que se situaria no percentil 75. Aos procedimentos com duração acima do percentil 75 se atribui 1 ponto, e aos situados no percentil 75 ou abaixo, zero ponto. Para cirurgias ortopédicas o tempo ótimo foi estabelecido o período de 2 horas.

Citam-se ainda, como fatores de risco inerentes ao hospedeiro: extremos de idade (crianças e idosos), tabagismo, lesões cutâneas, tricotomia, desnutrição, obesidade, doenças de base do hospedeiro (Diabetes Mellitus, distúrbios cardiovasculares, viroses pré-existentes, distúrbio no sistema imunológico) e malformação congênita; e como fatores de risco inerentes à agressão diagnóstica e terapêutica: quantidade de procedimentos invasivos, motivo da cirurgia, grau de contaminação da cirurgia, local da operação, tamanho da ferida operatória, duração da cirurgia e falhas técnicas (durante o ato cirúrgico ou realização dos curativos) [9].

Diversos autores têm demonstrado que a minimização do tempo de internação se constitui em uma salutar medida preventiva das IH [3,9]. Assim sendo, espera-se que a incidência da IH encontrada em um Hospital-Dia seja inferior aos índices do CDC-P. Contudo, a ocorrência de IH relaciona-se diretamente com a existência e/ou o não controle de fatores que predispõem o seu surgimento, e a modalidade de assistência Hospital-Dia não controla, e nem poderia controlar, muitos destes fatores.

Com base nessas considerações, a presente pesquisa trata a temática dos fatores de risco para ocorrência de infecção em sítio cirúrgico de pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas e tem como objetivos estudar a incidência de infecção em sítio cirúrgico e identificar os fatores de risco relacionados a esta ocorrência.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, tipo coorte retrospectiva. O campo utilizado para realização da pesquisa foi um Hospital-Dia privado, situado na cidade de Salvador, BA. Nesse campo, uma das investigadoras atuou como estagiária de enfermagem e detectou a inexistência de um serviço de vigilância epidemiológica para controle de infecção hospitalar (IH).

A amostra foi composta, apenas, por pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas, pois assim respeitou-se uma segregação amostral [3], ao passo em que se foi estudado o grupo cirúrgico mais representativo, em termos quantitativos, do total de procedimentos realizados no campo de 2004, o que forneceu um número inicial de 22 prontuários.

Utilizou-se, para a coleta de dados, um formulário, que foi preenchido com dados extraídos diretamente dos prontuários dos pacientes, conjuntamente com o contato telefônico realizado com cada um dos indivíduos que compuseram a amostra [1]. Faz-se importante salientar que esse método possui sensibilidade de 81,3% [10].

A pesquisa fundamenta-se na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-MS, que dispõe sobre desenvolvimento de pesquisa com seres humanos. Nesse sentido, a coleta de dados aconteceu logo após a autorização da Diretoria Médica da Instituição e após o consentimento do paciente em participar do estudo, bem como ter suas respostas, ao formulário, gravadas em fita K-7. Contudo, ressalva-se que os pacientes que não consentiram sua participação no estudo, ou que não permitiram a gravação da conversação, foram automaticamente retirados da amostra.

Após o cálculo da taxa de incidência de IH, as variáveis foram submetidas ao cálculo epidemiológico de risco relativo (RR) com a finalidade de observar se a variável independente atuou sobre a dependente como um fator de risco (RR > 1), um fator de proteção (RR < 1), ou ainda se a relação não se estabeleceu (RR =1) [5]. Tal associação possui nível de significância de 0,05% e intervalo de confiança de 95% [11]. Os resultados foram expressos em gráficos mediante tratamento pelo EXCEL®[5].

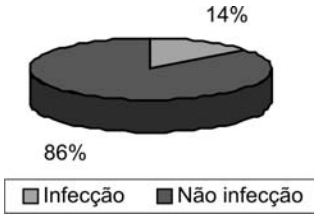
A IH constituiu variável dependente, enquanto que as variáveis: idade, sexo, grau de instrução, nível sócio-econômico, obesidade, tabagismo, classificação da ASA, patologia de base, potencial de contaminação da ferida cirúrgica, cirurgia prévia no sítio cirúrgico, motivo da cirurgia, tempo cirúrgico, tricotomia e não uso de antimicrobiano profilático representaram as variáveis independentes.

Resultados

Ocorreram, no intervalo de tempo estudado, 22 cirurgias ortopédicas. Todavia, houve uma perda de 36,3% deste total, devido aos seguintes fatores: ausência de registro telefônico em prontuário (4,5%); contato telefônico sem êxito devido a inoperância do número telefônico (18,2%); e recusa do paciente em participar do estudo (13,6%). A amostra foi então constituída por 14 pacientes.

Foram encontrados dois casos de infecção hospitalar (IH) na amostra estudada (vide Gráfico 1), o que representou uma taxa de 9,1% de casos de IH no intervalo de tempo determinado. Não foi detectada evolução para óbito de nenhum dos pacientes da amostra.

Gráfico 1 - Distribuição dos casos de infecção entre os pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas num Hospital-Dia privado da cidade do Salvador, julho/2004.

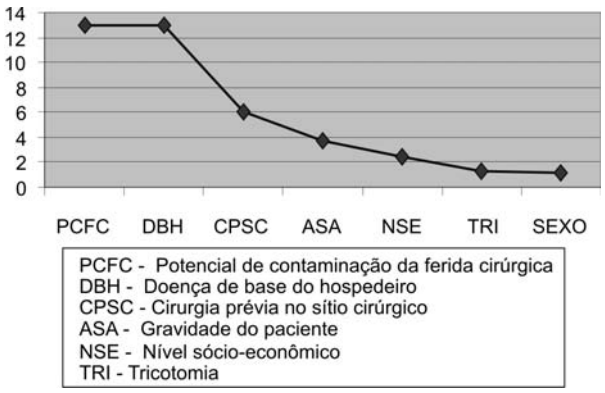


Um destes classificava-se em risco "2" para ocorrência de IH, por apresentar risco 1 para ambos os fatores risco intrínsecos estabelecidos pelo Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC-P). Enquanto que o outro era classificado em risco "zero". Nota-se, assim, que, na amostra estudada, a taxa de IH não variou com a estratificação de risco estabelecida pelo CDC-P, ficando em torno de 4,5% ambas.

Dentre as variáveis analisadas, comportaram-se como fatores predisponentes para a notificação dessa taxa de incidência o potencial de contaminação da ferida cirúrgica (contaminada/infectada) e a doença de base do hospedeiro (DM), ambas apresentando o maior valor de risco relativo encontrado, seguidas pelas variáveis cirurgia prévia no sítio cirúrgico, gravidade do paciente (ASA III), nível sócio-econômico (renda mensal ≤ 1 salário mínimo), tricotomia e sexo masculino, como pode ser observado no Gráfico 2.

As variáveis como idade, nível de instrução, obesidade, tabagismo, causa traumática da cirurgia, tempo cirúrgico e não uso de antibioticoterapia profilática parece não exercer, na amostra estudada, qualquer influência para a ocorrência de IH.

Gráfico 2 - Distribuição dos fatores de risco relativo para infecção hospitalar de sítio cirúrgico entre pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas num Hospital-Dia privado da cidade do Salvador, julho/2004.



Discussão

A taxa de infecção hospitalar (IH) encontrada revela-se surpreendentemente superior ao preconizado pela literatura, a qual se classifica em torno de 2% para procedimentos ortopédicos [3]. È importante pontuar que a mesma foi calculada considerando os registros extraídos do prontuário que confirmam o diagnóstico em consultas de retorno em instância ambulatorial e/ou informação dos respondentes, levando-se em conta, todavia, o fato de ter sido estudado um intervalo de tempo considerado pequeno para fins de estabelecimento de taxas endêmicas de IH para a Instituição, o que só reforça a urgência na implantação de um serviço de vigilância após a alta, a fim de determinar a realidade do comportamento das IH neste Hospital-Dia.

O percentual perdido da amostra inicial (36,3%) remete à dificuldade já sinalizada por alguns autores [7] sobre a problemática de se efetuar essa vigilância de forma eficiente nos hospitais de curta permanência, o que, na realidade, aponta para a necessidade de se formular Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, que consigam atuar de modo a superar dificuldades encontradas no acompanhamento do paciente pós-alta cirúrgica, obedecendo à legislação vigente, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

A publicação da portaria 196, de 24 de junho de 1983, foi um importante marco para o controle da IH no Brasil, ao tornar obrigatória a implantação de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em todos os hospitais. Esta mesma portaria dispõe ainda de normas técnicas que subsidiam a atuação das CCIH. Tal portaria foi revogada sucessivamente pelas portarias 930, de 27 de agosto de 1992, e 2.612, de 12 de maio de 1998. Desde então, têm-se despendidos esforços a fim de que a IH passe a se constituir num epifenômeno, ao tempo em que se revela como um importante índice de qualidade da assistência médico-hospitalar, sendo o serviço de prevenção das IH considerado programa prioritário de garantia da qualidade na área de assistência médica [3].

Um ponto que merece discussão é o achado de três pacientes (21,4%) que se classificavam como ASA III, sendo submetidos à cirurgia ortopédica no Hospital-Dia, o que infringe a Portaria Nº 44/GM [8], que dispõe dos critérios relacionados à admissão do paciente na modalidade de assistência de Hospital-Dia. A não variação da taxa de incidência de IH com a estratificação de risco, estabelecida pelo CDC, contrasta com o estabelecido na literatura que estabelece taxa de 1,5% para riso "zero", 2,9% para risco "1", 6,8% para risco "2" e 13% para risco "3"[1].

As taxas de infecção de sítio cirúrgico (ISC) são proporcionais ao potencial de contaminação da ferida operatória, apresentando a classificação de "ferida limpa" taxas entre 1 e 2% [1]. Tal realidade pôde ser comprovada por meio deste estudo, ao verificar que esta variável alcançou o maior valor de risco relativo apresentado na amostra.

A patologia de base do indivíduo que se comportou como fator de risco para o desenvolvimento de ISC, neste estudo, foi o DM. Uma pesquisa identificou um *odds ratio* (OR) igual a 9,9 desta patologia sobre a incidência de IH na sua amostra [10]. Tal associação deve ser consequente às alterações de cicatrização, complicações vasculares e neuropáticas, assim como à diminuição do mecanismo de defesa originados por tal patologia [1].

A ocorrência de cirurgia prévia no sítio cirúrgico se revelou um importante fator de risco para a ISC na amostra estudada. A realização de procedimentos múltiplos é definida como fator de risco provável para as IH [12].

A classificação em ASA III também se comportou como um fator de risco para a ISC neste

estudo, enquanto que a classificação em ASA I e II foi fator de proteção (RR = 0,3). Quanto mais alto o escore ASA, maior a gravidade da condição clínica do paciente, constituindo-se um fator de risco comprovado de IH [4,11].

O nível sócio-econômico se comportou como um fator de RR com importante valor de associação. Estudos anteriores não revelaram esta associação [11].

A realização da tricotomia é considerada um risco comprovado de IH relacionado ao procedimento cirúrgico devendo, portanto, ser evitada; a menos que a presença dos pêlos se constitua em uma interferência mecânica ao ato [12]. Por este motivo, mesmo não tendo apresentado valor tão representativo quanto às demais variáveis estudadas, sua contribuição sempre deverá ser avaliada ao se proceder a estudos sobre IH.

A variável independente, sexo masculino, mostrou-se contribuinte para a ocorrência das IH, ainda que com menor representatividade quando comparada com as demais. Estudos anteriores não demonstraram, ou demonstraram em proporção igualmente baixa, esta associação [10,11].

Contrariando a literatura, não foi detectada associação entre a variável dependente e a independente idade nesta pesquisa. Para fins de estabelecimento de cálculo de risco, foi considerando como fator de exposição os pacientes com idade igual ou superior a 50 anos [1]. Estudos anteriores [10] detectaram um OR = 2,9 para desenvolvimento de IH em pacientes com idade superior a 65 anos. A idade avançada deve ser sempre considerada como comprovado fator de risco para as IH, haja vista o número de doenças crônico-degenerativas que atingem o indivíduo nesta fase da vida, tornando-o mais susceptível às infecções de diversas ordens [11].

A irrigação inadequada do tecido adiposo, o aumento da exposição da área operatória e o conseqüente aumento do tempo cirúrgico são fatores que podem ser utilizados para justificar a ação predisponente da obesidade sobre a infecção [5]. A obesidade mórbida é considerada como um fator de risco comprovado das IH, estando a espessura do tecido adiposo exercendo influência direta e proporcional nas taxas de infecção [12]. Neste estudo, a obesidade não apresentou grau de associação com a ocorrência das IH.

Não foi encontrada associação de nenhum grau entre tabagismo e IH. Entretanto, a abstinência do fumo, com antecedência de 30 dias do dia da cirurgia, constitui-se em uma medida preventiva das IH fortemente recomendada por alguns estudos experimentais, clínicos e epidemiológicos [12].

O nível de instrução não apresentou qualquer associação com a ocorrência de IH na amostra estudada.

O trauma ósseo ou de partes moles causado pela fratura, levando a uma formação maior de hematomas, também é reconhecido como fator de risco provável para o desenvolvimento de IH [13]. Na amostra estudada, entretanto, esta correlação não foi detectada.

A duração do procedimento cirúrgico é um fator de risco comprovado das IH, bem documentado em vários estudos [4,12]. Os fatores que poderiam explicar os riscos de ISC em cirurgia com duração superior a duas horas compreendem a maior exposição tecidual, maior supressão das defesas do hospedeiro e aumento da fadiga na equipe cirúrgica. A cada hora de duração da cirurgia a incidência de infecção se duplica [1]. Porém, nessa pesquisa, não foi comprovada esta associação.

A utilização de antibioticoprofilaxia durante os períodos trans e pós-operatório mostrou-se associada à presença de ISC, constituindo-se fator de proteção, reduzindo os riscos dos pacientes submetidos a cirurgias de artroplastia do quadril contraírem infecção [11].

A literatura ainda se mantém controversa em relação à utilização da profilaxia antibiótica em cirurgia. Alguns autores defendem que o antibiótico profilático deve ser empregado apenas nos grandes procedimentos ortopédicos, nas cirurgias em que o tempo de exposição dos tecidos seja longo, em que a dissecção do tecido seja ampla e naquelas em que ocorra inserção de material estranho [14].

Sendo assim, a ausência do uso de antimicrobiano profilático não exerceu, na amostra estudada, qualquer associação com as IH, seja como fator de risco ou proteção, o que mostra que o seu uso indiscriminado pode se constituir em aumento dos custos hospitalares sem correspondente benefício para os pacientes.

Considerando que não houve pacientes com implante de prótese, situação que obriga o pesquisador a acompanhar o mesmo por período mínimo de um ano pós-alta para confirmar diagnóstico ou não de IH, o intervalo de tempo se caracterizou como adequado ao estudo.

Conclusão

Um grande número das ISC ocorre, geralmente, dentro de quatro a seis dias após a realização do procedimento. Todavia, em algumas situações são encontrados curtos períodos da manifestação de acordo com a origem da infecção; outras vezes, o período é mais longo e, de acordo com a definição do Centro de Controle de Doenças de Atlanta dos Estados Unidos (CDC), a ISC pode manifestar-se até trinta dias após a cirurgia, ou até um ano, quando houver o implante de prótese [14].

Nesse âmbito, as ISC constituem-se como um grave problema dentre as infecções hospitalares por sua incidência, morbidade e mortalidade. Essa gravidade se deve ao curto período de internação, o que faz com que a maioria dessas infecções se manifeste após a alta hospitalar, sendo então subnotificada [14].

Outro fator que faz com que a infecção do sítio cirúrgico seja um problema que merece intervenção e pesquisas é a ausência do seguimento do paciente cirúrgico. Percebe-se, então, que os programas de vigilância do paciente após a alta hospitalar são considerados como ferramentas imprescindíveis para o controle dessas infecções.

Ainda, no que tange as ISC, vários pesquisadores alertam que dentre os sítios de infecção hospitalar as mesmas destacam-se entre os demais sítios de infecção pelos altos custos atribuídos ao seu tratamento que tendem a onerar a instituição e, principalmente, o paciente [15-19].

Faz-se importante salientar, também, que as ISC são responsáveis por diversos agravos na vida do paciente, a citar: o afastamento do convívio com seus familiares e amigos, de suas atividades profissionais, prejuízos sócio-econômicos, dentre outros. Sendo que o conjunto desses agravos termina por desencadear desequilíbrio nas três esferas da vida: psico-biológica, psico-social e psico-espiritual. Todas requerendo intervenção da enfermagem e demais profissionais de saúde no intuito de restaurar o equilíbrio [20].

Outra ocorrência, relacionada às ISC, que merece considerações, pela crescente demanda, é a de formação de processos litigiosos, que terminam por interferir na imagem da instituição como prestadora de assistência e serviços de saúde de qualidade [21].

Enfim, a realização deste estudo se fez conveniente para sinalizar a necessidade de mais produção científica sobre os fatores de risco para as IH, objetivando estratificar a associação destes com tipos específicos de procedimentos cirúrgicos, o que se tornaria útil para nortear as ações dos profissionais de saúde, e em particular da enfermagem, no que diz respeito ao controle das IH. Também, serve como ferramenta de alerta para as instituições no sentido de sinalizar para a implantação dos serviços de controle de infecção hospitalar, compreendidos, hoje, como imprescindíveis para a elevação da qualidade dos procedimentos cirúrgicos.

Referências

1. Lacerda RA. Controle da infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria Nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe a respeito do controle da infecção hospitalar. Brasília; 1998. [citado 2005 Fev 16]. Disponível em: URL: http://www.saude.gov.br_anvisa_visalegis
3. Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção Hospitalar: epidemiologia, controle, gestão para qualidade. 2a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
4. Oliveira AC, Carvalho DV. Vigilância pós-alta em um hospital universitário no Brasil: impacto na incidência da infecção de sítio cirúrgico. Rev Electrônica de Enfermería Global [online]. [citado 2004 maio 4]. Disponível em: URL: http://www.um.es/eglobal/4/04b02p.html
5. Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
6. Ferraz EM, Bacelar TS, Aguiar JLA. Wound infection rates in clean surgery: a potencially mesleading risk classification. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13:457-462.
7. Oliveira AC, Martins MA, Martinho GH, Clemente WT, Lacerda RA. Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação. Rev Saúde Pública 2002;36(6):717-722.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria Nº 44/GM de 10 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a modalidade de assistência hospital-dia. Brasília; 2001. [citado 2005 Fev 16]. Disponível em: URL: http://www.saude.gov.br_anvisa_visalegis.
9. Kawamoto EE. Enfermagem em clínica cirúrgica. São Paulo: EPU; 1999.
10. Villas Bôas PJF, Ruiz T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. Rev Saúde Pública 2003;38(3):372-8.
11. Ercole FF, Chianca TCM. Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a artroplastias de quadril. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(2):157-165.
12. Shea Apic, Cdc Sis. Consensus paper on the surveillance of surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13:599-605. Disponível em: URL: http://www.cih.com.br/infeccirurg.htm#_edn5

13. Yamaguti A. Infecções relacionadas a dispositivos: ortopédicos, geniturinários, mamários e oculares. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB, (eds.). Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier; 1997. p. 209-17.
14. Oliveira AC, Martins MA, Martinho GH. Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação. Rev Saúde Pública 2002; 36(6):717-22.
15. Ferraz AB, Ferraz EM, Bacelar TS. Infecção da ferida cirúrgica. In: Ferraz EM. Infecção em cirurgia. São Paulo: Medsi; 1997. p. 267-77.
16. Grinbaum RS. Infecções do sitio cirúrgico e antibioticoprofilaxia em cirurgia. In: Rodrigues EA. Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier; 1997. p. 149-61.
17. Manian FA, Meyer L. Comprehensive surveillance of surgical wound infection in impatient surgery. Infect Control Hosp Epidemiol 1990;11:515-20.
18. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection. Am J Infect Control 1999;27:97-132.
19. Ferraz EM, Ferraz AA, Coelho HS, Pereira Viana VP, Sobral SM, Vasconcelos MD et al. Postdischarge surveillance for nosocomial wound infection: Does judicious monitoring find cases?Am J Infect Control 1995;5:290-4.
20. Orosco SS, Martins EAP. Avaliação de feridas: uma descrição para sistematização da assistência. Enfermagem Brasil 2006;5(1):39-47.
21. Rabhae GN, Ribeiro Filho N, Fernandes AT. Infecção do sítio cirúrgico. In: Fernandes AT et al. Infecções hospitalares e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.

Artigo original

Efeitos colaterais do cuidado de enfermagem: as expressões corporais das crianças como forma de comunicação na unidade intermediária

Ronilson Gonçalves Rocha*, Nébia Maria Almeida de Figueiredo, D.Sc.**, Priscila de Castro Handem***

Enfermeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, **Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro, * Enfermeira, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO*

Resumo

Estudo realizado em um hospital maternidade do Rio de Janeiro no ano de 2004, onde se buscou saber quais as principais expressões corporais de 11 crianças internadas na Unidade Intermediária antes e após os cuidados de enfermagem. Objetivos: identificar as expressões dos corpos das crianças antes e após os cuidados de enfermagem; discutir os resultados e as implicações das expressões emitidas pelas crianças para a prática de enfermagem. A metodologia é quanti-qualitativa, como um modo de iniciar pesquisas que aparentemente tenham objetos impossíveis de serem mensurados, como as expressões corporais. Da análise emergiu um núcleo: As crianças respondem aos cuidados de enfermagem através de mudanças nas expressões corporais e variações nos sinais vitais. Concluímos que a enfermagem precisa ousar buscar caminhos que demonstrem com novos estudos a possibilidade de ampliar conhecimentos a partir de dados subjetivos e realizar estratégias que permitam uma melhor assistência às crianças das Unidades Intermediárias.

Palavras-chave: cuidado de enfermagem, expressões corporais, crianças, comunicação.

Abstract

Collateral effects of the nursing care: the children corporal expressions as a way of communication in the intermediate unit

Study developed in a maternity hospital of Rio de Janeiro city in 2004 to know which are the main corporal expressions of 11 children admitted in the Intermediate Unit before and after nursing care. Objectives: to identify children bodies expressions before and after the nursing care as well as to discuss the results and the implications of those expressions that come through the children for a nursing practice. The methodology is quanti-qualitative, as a way to initiate researches that seem to have impossible objects to be measured, for example, the corporal expressions. A nucleus emerged: The children show their acceptance to the nursing care changing their corporal expressions and also their vital signs. We conclude that nursing

Artigo recebido em 15 de maio de 2007; aceito em 06 de junho de 2007.
Endereço para correspondência: Ronilson Gonçalves Rocha, Rua Roberto Dias Lopes, 111/310, Leme, 22010-110 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 3185-9618, E-mail: ronilsonrocha@globo.com

researchers need to demonstrate with new studies the possibility to improve knowledge about subjective data and to think about strategies that allow better care for children in the Intermediates Units.

Key-words: nursing care, corporal expressions, children, communication.

Resumen

Efectos colaterales del cuidado de la enfermería: las expresiones corporales de los niños como forma de comunicación en la unidad intermediaria

Estudio desarrollado en un hospital maternidad de la ciudad de Rio de Janeiro en el año de 2004, donde se buscó saber cuáles son las principales expresiones corporales de los 11 niños internados en la Unidad Intermediaria antes y después de los cuidados de la enfermería. Los objetivos son: 1º. Identificar las expresiones corporales de los niños antes y después de los cuidados de la enfermería; 2º. Discutir los resultados y las implicaciones de las expresiones emitidas por los niños para la práctica de la enfermería. La metodología es cuanti-cualitativa, como una manera de iniciar las investigaciones que aparentemente tiene objetos imposibles de mensurar, como las expresiones corporales. En el análisis emergió un núcleo: Los niños contestan a los cuidados de la enfermería por cambios en las expresiones corporales y variaciones en sus signos vitales. Concluimos que los investigadores de enfermería precisa atreverse a buscar caminos que demuestren con nuevos estudios la posibilidad para ampliar sus conocimientos a partir de datos subjetivos y realizar estrategias que permitan mejorar su asistencia a los niños de las Unidades Intermediarias.

Palabras-clave: cuidado de enfermería, expresiones corporales, niños, comunicación.

Introdução

Durante o curso de graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, tivemos sempre a preocupação em saber como o cliente que recebe cuidados de Enfermagem respondia ao cuidado que lhe era dispensado. Especialmente, por termos afinidade com a assistência prestada a crianças em Unidade Intensiva, buscamos com os conhecimentos que nos eram facultados, desenvolver este estudo, que apresenta a seguinte questão: Quais são as principais expressões corporais das crianças internadas na Unidade Intermediária antes e após receberem os cuidados de enfermagem?

Buscamos assim, demonstrar e contextualizar a necessidade de uma Enfermagem que se preocupasse não apenas com parâmetros quantificáveis, mas com o cliente em sua totalidade, entendendo-o como um ser capaz de sentir, de emocionar e ser emocionado, de afetar e ser afetado de forma positiva ou negativa de acordo com os cuidados que prestávamos aos mesmos.

As crianças internadas em uma Unidade Intermediária de um Hospital Maternidade, situado no Rio de Janeiro, foram então observadas como sujeitos que exprimem subjetividade, as quais diante dos cuidados que lhes são ofertados passam a emitir respostas que podem ser verificadas através das suas expressões corporais. Normalmente, quando o cuidado é prestado com sensibilidade e com emoção é possível obter respostas positivas do cliente atendido, independente de sua idade.

Interpretando Teixeira e Figueiredo [1] é possível entender que para lidar com as próprias emoções ou com as emoções alheias é preciso ter sensibilidade, é preciso perceber e saber ler nas expressões dos sujeitos aquilo de que ele mais precisa naquele momento. Não é um perceber por perceber, mas a sensibilidade de entender o não dito, de captar as dimensões, por vezes inconscientes, que o sujeito traz em seu discurso, que fala de suas vivências, de suas sensações corporais.

Apesar dos sujeitos deste estudo serem crianças que ainda não estão em idade de compreender o que está acontecendo a sua volta, de não poderem verbalizar sentimentos ou emoções, acreditamos na necessidade de desvendarmos, medindo, o significado dessas expressões, para entendermos o que elas estão querendo dizer ou emitir enquanto hospitalizadas. Suas expressões podem mostrar a necessidade de mudar ou melhorar a prática assistencial dispensada a elas.

Neste sentido, torna-se fundamental que os profissionais estejam aptos às mudanças, que sejam capazes de refletir criticamente sobre sua prática e idéias, pois isso pode representar um primeiro passo para a compreensão daquilo que se apresenta como

novo e para que se evite as contradições nos nossos entendimentos, neste caso, no entendimento do que as crianças internadas em Unidades Intermediárias precisam para que tenham uma rápida recuperação. Sobre este assunto nos reportamos a Morin [2], quando diz:

O pensamento que recorta e isola, permite que especialistas e experts tenham ótimo desempenho em seus compartimentos, mas a lógica a que eles obedecem estende à sociedade e às relações humanas os constrangimentos e os mecanismos inumanos da máquina artificial e sua visão determinista, mecanicista, quantitativa, formalista; e ignora, oculta ou dilui tudo que é subjetivo, afetivo, livre, criador.

No contexto de cuidar de crianças em Unidade Intermediária, exige-se do profissional de enfermagem conhecimentos de outras áreas, como é o caso da comunicação, e no caso da Enfermagem vale ressaltar que a comunicação não se restringe apenas a forma verbal, principalmente quando se trata de crianças tão pequenas, e que outras formas de comunicação podem dizer muito sobre algo que buscamos entender quando aprendemos a observar e perceber o que o corpo nos fala. Weil & Tompakow [3] nos dizem que "tudo o que vive possui a característica de discernimento e isto é essencial à sua própria existência". Dizem ainda os autores que "para perceber a diferença entre a atitude favorável, neutra ou francamente desfavorável ao *Eu* não acontece de outra forma senão pela linguagem do corpo".

Objetivos

Identificar as expressões dos corpos das crianças que estão internadas na Unidade Intermediária (U.I.) antes e após os cuidados de enfermagem.

Discutir os resultados e as implicações das expressões emitidas pelas crianças para a prática de enfermagem.

Relevância

Acreditamos que a partir dos achados deste estudo, tanto os profissionais como os estudantes de enfermagem poderão fazer uma reflexão segura sobre suas práticas, de modo que se sensibilizem e permitam mudanças de ordem pessoal e profissional, possíveis e por vezes necessárias para a prática de Enfermagem nas Unidades Intermediárias. Queremos assim, estimular seus corpos a pensarem e se tornarem mais sensíveis. Entretanto, precisamos considerar os condicionamentos que a própria sociedade ou instituições impõem a eles. Segundo Johnson [4:46]. "Mesmo em nossa supostamente permissiva e democrática sociedade, corpos flexíveis ao nascer são lentamente treinados para se tornar rígidos e estereotipados em suas respostas à vida".

Queremos despertar nestes profissionais, a necessidade de se discutir o cuidado prestado as crianças a partir de resultados que comprovem o exercício de uma prática que exige um saber científico, tendo em vista que o cuidado sempre foi entendido como fazer – homo faber – com rotinas e procedimentos contínuos e rotineiros e não como uma prática que tem conseqüências para a cura, que pode ser medida e explicada – homo sapiens.

Acreditamos ser imprescindível trazer para dentro de uma pesquisa que se fundamenta em respostas medíveis e imprecisas, consensos possíveis para discutir com propriedade os achados, procurando por detrás do que já está decidido como certo e de não pensar que "a linguagem sozinha e intrinsecamente, não garante a comunicação, por que deixa de lado sua implicação social" [4].

Materiais e métodos

Estudo que utiliza a abordagem quanti-qualitativa, como um modo de iniciar pesquisas que aparentemente possam ter objetos impossíveis de serem mensurados, como as expressões corporais emitidas por essas crianças.

Para Polit e Hungler [6], a abordagem quanti-qualitativa é aquela que permite a complementação entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana. Diante disso, podemos dizer que esta abordagem privilegia melhor a compreensão do tema a ser estudado, facilitando desta forma a interpretação dos dados obtidos.

As informações foram coletadas a partir de uma observação sistemática sobre os sujeitos, onde utilizamos técnicas de observação que, quando aplicadas criteriosamente, fornecem ao investigador dados fidedignos, referentes às características e/ou cotidiano de uma realidade observada. Para Lakatos e Marconi [7], a observação não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar.

Solicitamos à instituição autorização por escrito, para o desenvolvimento do estudo, na qual foram encaminhadas informações sobre o projeto, juntamente com o pedido para que no período de

dois meses coletássemos as informações. Da mesma forma, solicitamos autorização dos pais das crianças para o desenvolvimento do estudo a partir da observação de seus filhos internados.

Os sujeitos do estudo foram crianças internadas na U.I. de uma Maternidade Pública situada na zona norte do Rio de Janeiro, com até 1 ano de idade, onde foram acompanhadas, durante o período de internação, para que fosse possível captar as suas expressões emitidas antes e após os cuidados de enfermagem. Alguns critérios para inclusão no estudo foram considerados, tais como: os clientes não estarem entubados, poderem responder a estímulos álgicos, não se encontrarem imobilizados, não estarem sob efeitos de narcose ou similares.

Como estratégia para a coleta das informações utilizamos um instrumento, contendo a descrição do ambiente no qual as crianças foram observadas, a descrição das suas expressões corporais, bem como os seus sinais vitais antes e depois dos cuidados de enfermagem.

Resultados e discussão

Após a avaliação das informações e transformação em dados, foi possível perceber que as crianças mudam suas expressões corporais de acordo com os cuidados que lhes são prestados e que, ao mesmo tempo em que mudam de expressão mudam também em seus corpos os parâmetros vitais como a respiração, a freqüência cardíaca e a temperatura corporal. Destas informações emergiu o núcleo de análise sobre o estudo: *As crianças respondem aos cuidados de enfermagem através de mudanças nas expressões corporais e variações nos sinais vitais.*

Tornou-se fundamental manter a atenção sobre as variações nos sinais vitais das crianças porque entendemos que neste estudo ao trabalharmos com a possibilidade de medirmos parâmetros imprecisos, como as expressões corporais das crianças e seus significados, seria importante avaliar os parâmetros mensuráveis e precisos, tais como: a temperatura, a freqüência cardíaca e a freqüência respiratória, pois paralelamente, eles nos forneceriam um respaldo maior sobre os achados, tendo em vista que estes parâmetros mudam junto com as suas expressões corporais.

Sendo assim, surgiu a primeira subcategoria de análise para o estudo, que foi denominada: *O cuidado que provoca mudanças responde nos corpos das crianças a partir de variações nos seus sinais vitais.*

A Figura 1 nos posiciona sobre as variações dos sinais vitais dos corpos das crianças antes e após os cuidados de enfermagem prestados a elas.

As temperaturas corporais após os cuidados foram verificadas três vezes seqüenciais. Assim buscamos garantir fidedignidade sobre as aferições.

As informações contidas na Figura 1 nos mostram que de todas as crianças que receberam cuidados de enfermagem 90,90% tiveram queda na temperatura corporal e apenas 9,1% tiveram aumento na temperatura. Estes índices chamam a atenção para um cuidado essencial na U.I., que deve ser levado em consideração, pois é um indício de que o ambiente pode ser o principal responsável

Figura 1 - Tipo de ação de cuidar e variações de temperatura, freqüência cardíaca e freqüência respiratória, antes e após os cuidados de enfermagem, para cada uma das (11) onze crianças na Unidade Intermediária.

	Ação de Cuidar	Temperatura (°C)		Freqüência Cardíaca (bpm)		Freqüência respiratória (irpm)	
		Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após
1	Dieta	36	↑ 36,3	140	↑ 144	36	↑ 55
2	Higiene corporal	37	↓ 35,8	168	↓ 150	55	↑ 58
3	Dieta	36,7	↓ 36,4	149	↑ 158	41	↓ 35
4	Higiene do coto umbilical	36,7	↓ 36,1	120	↑ 160	54	↑ 62
5	Sondagem orogástrica; dieta.	36,5	↓ 36,2	130	↓ 120	47	↓ 39
6	Higiene corporal e dieta	37	↓ 36,4	138	↓ 131	51	↑ 54
7	Higiene corporal e dieta	36,8	↓ 35,5	120	↔ 120	68	↓ 51
8	Dieta e troca de fralda.	37	↓ 36,5	192	↓ 155	60	↓ 58
9	Higiene corporal	37,4	↓ 36,4	184	↓ 146	56	↑ 58
10	Higiene corporal e dieta	36,7	↓ 35,7	134	↓ 122	55	↓ 36
11	Punção de jugular	36,2	↓ 36,1	120	↑ 130	45	↑ 70

pela queda da temperatura corporal dessas crianças, haja vista que a U.I. apresenta um ambiente frio, e, conseqüentemente, hostil para as crianças que, ao receberem os cuidados, sofrem exposição ao ambiente externo à incubadora.

Portanto, é necessária uma atenção redobrada por parte da equipe de enfermagem para que isto não se configure como uma negligência com a criança que está ali para receber os cuidados de uma equipe que deve estar disposta a dar o melhor de si para a sua rápida e segura recuperação.

Considerando estes valores, podemos inferir que os cuidados dispensados às crianças foram responsáveis por mudanças fisiológicas que têm grande significado para a enfermagem.

Sabemos que a temperatura das unidades fechadas, incluindo a Unidade Intermediária (U.I.) é sempre baixa, por isso a equipe de enfermagem, no intuito de manter estável a temperatura corporal da criança assistida, deve estar atenta, principalmente ao dar o banho na criança. Segundo Guyton e Hall [8], "Pelo fato de a área da superfície do corpo do recém-nascido ser grande em relação à massa corporal, o calor do corpo é rapidamente perdido".

Sobre o assunto Figueiredo, Handem e Rocha [9] afirmam que: "Cabe à equipe de enfermagem, investir esforços para tornar o ambiente confortável, permitindo o restabelecimento da saúde do cliente o mais rápido possível". Ainda os mesmos autores, afirmam que: "A equipe de enfermagem precisará usar, associado ao seu saber prático, o saber científico necessário a uma boa compreensão das necessidades expressas pelo corpo ou pela forma e condição em que a criança se encontra".

É importante salientar ainda, que a área que abrange toda a superfície da pele, tem um número enorme de receptores sensoriais captando estímulos de calor, frio, toque, pressão e dor. As terminações nervosas localizadas na epiderme estão, quase que inteiramente, vinculadas ao tato, assim como o estão os plexos nervosos conhecidos como corpúsculos de Meissner, que correspondem por milímetro quadrado a cerca de 80% em crianças de três anos, 20% em adultos jovens e 4% em idosos. Montagu [10].

Outras informações referentes aos parâmetros possíveis de serem medidos com precisão foram as freqüências cardíaca e respiratória, conforme identificado na Figura 1, de cuja análise verificamos que as alterações nestes sinais são distribuídas conforme exposto nos quadros demonstrativos 1 e 2:

Quadro demonstrativo 1 - Variação da freqüência cardíaca, antes e após os cuidados de enfermagem.

Freqüência cardíaca	%
Aumento da freqüência cardíaca após o cuidado	36,4
Diminuição da freqüência cardíaca após o cuidado	54,5
Sem alteração da freqüência cardíaca após o cuidado	9,1

Quadro demonstrativo 2 - Variação da freqüência respiratória antes e após os cuidados de enfermagem.

Freqüência respiratória	%
Aumento da freqüência respiratória após o cuidado	54,5
Diminuição da freqüência respiratória após o cuidado	45,5

Percebemos que em todos os cuidados apareceram variações nos parâmetros vitais das crianças e estas variações têm uma representação importante se levarmos em consideração o tipo de cuidado que estas crianças receberam. É importante destacar que esses cuidados conforme indica a Figura I, envolvem *tocar* a criança, conseqüentemente consideramos que também existe relação entre o fator *tocar* e essas alterações fisiológicas. Em estudo anterior, Silva e Nascimento [11] observaram que as mães em uma Unidade Neonatal, quase não tocavam e/ou pegavam os seus bebês no colo, não traziam objetos de uso pessoal, nem sempre informavam o nome escolhido para o filho, fatos que, de alguma forma, interferia no tratamento deles. Essa observação pode ser corroborada por Montagu [10]. Segundo ele, "a estimulação tátil tem efeitos profundos sobre o organismo, tanto fisiológico quanto comportamental, o que só se tornou conhecido recentemente".

Trabalhando as informações referentes às expressões corporais das crianças da U.I. antes e após os cuidados de enfermagem, obtivemos dados de extrema relevância para o estudo, que estão contidas na Figura 2.

Da análise da Figura 2 verificamos que o cuidado de enfermagem é responsável por mudanças nas expressões corporais das crianças, emergindo a segunda subcategoria de análise do estudo, assim denominada: *O corpo da criança responde aos cuidados de enfermagem através de mudanças em suas expressões corporais.*

Antes de discutirmos o conteúdo desta subcategoria, acreditamos ser importante trazer informações

Figura 2 - Identificação das expressões corporais das crianças antes e imediatamente após os cuidados de enfermagem para cada uma das (11) onze crianças:

	Expressão corporal antes do cuidado	Tipo de cuidado	Expressão corporal após o cuidado
1	MMII fletidos e MMSS em extensão	Dieta	MMII em extensão; MSD fletido; MSE em extensão
2	MMSSII fletidos	Higiene corporal	MMSS fletidos; MMII em extensão
3	MMSSII fletidos	Dieta	MMSS fletidos; MMII em extensão.
4	MMII em extensão e MMSS fletidos	Higiene do coto umbilical	Movimentos rítmicos de MMSSII (flexão; extensão adução; abdução;)
5	MSD na boca (sugando); movi-mentos rítmicos de MSE e MMII	Sondagem oro-gástrica; dieta	MMSSII fletidos
6	Movimentos rítmicos de MMSSII	Higiene corporal; dieta	MMII fletidos; MSD em extensão; MSE fletido.
7	MMSS em extensão; MIE fletido MID em extensão	Higiene corporal; dieta	MMSS fletidos; MMII em extensão
8	MMSSII em extensão	Dieta; troca de fralda.	MMII fletidos; MMSS em extensão
9	MMSSII fletidos	Higiene corporal	MMSSII em extensão
10	MMSS em extensão; MMII fletidos	Higiene corporal; dieta	MMSS fletidos; MMII em extensão
11	MMSS fletidos; MMII em extensão	Punção venosa de jugular	MMSS fletidos; MMII em extensão (demonstra cansaço)

sobre as características do recém nascido a termo normal, com base nos parâmetros de avaliação neurológica, para situar nossos achados, permitindo comparações possíveis sobre as expressões de recém nascidos e/ou lactentes.

Para Amorim [12], as características do recém-nascido a termo normal podem ser descritas da seguinte forma:

1) Postura: flexão dos membros, queixo na linha mediana ou em ligeira rotação. 2) Movimentos: rotações espontâneas da cabeça; movimentos generalizados; movimentos variados dos membros, às vezes acompanhados de rotação do tronco, "em bloco"; abertura espontânea das mãos, com abdução do polegar. 3) Tônus de membros: hipertonia dos músculos flexores. 4) Choro: forte, variado e de média tonalidade. 5) Reflexos primários completos. 6) Presença de reações de orientação: a) reflexo nociceptivo (fuga do estímulo doloroso); b) reflexo de passagem do braço: em decúbito ventral, os braços são estendidos ao longo do tronco, e a face é apoiada no plano de exame. Observa-se, primeiro, rotação do pescoço e liberação do nariz, para facilitar a respiração; em seguida, a criança flexiona lentamente o membro superior e coloca-o em frente à face (essa passagem do braço lembra o nado estilo crawl). 7) Propagação da contração muscular dos membros inferiores para o tronco e para o pescoço, após apoio plantar (reação de retificação).

A partir dessas informações e analisando a Figura 2, percebemos que o cuidado de enfermagem provoca quase que em sua totalidade, mudanças nas expressões corporais das crianças internadas na U.I. Estas mudanças confirmam o que afirmamos no *núcleo* e na segunda subcategoria de análise do estudo: *As crianças respondem aos cuidados de enfermagem através de mudanças nas suas expressões corporais.*

Os resultados representados mostram que 90,9% das crianças sofrem mudanças nas suas expressões corporais. Com isso, verificamos a partir da Figura 2, que das onze crianças que receberam os cuidados de enfermagem, apenas uma manteve as mesmas expressões corporais apresentadas antes dos cuidados de enfermagem. Porém, se verificarmos o tipo de cuidado prestado (punção venosa de jugular) e observarmos a Figura 1, é possível notar que esta criança é a que mais sofre variação na freqüência respiratória (45 irpm para 70 irpm), indicando cansaço após o procedimento e podendo ser responsável pela permanência da criança com as mesmas expressões anteriores ao cuidado de enfermagem.

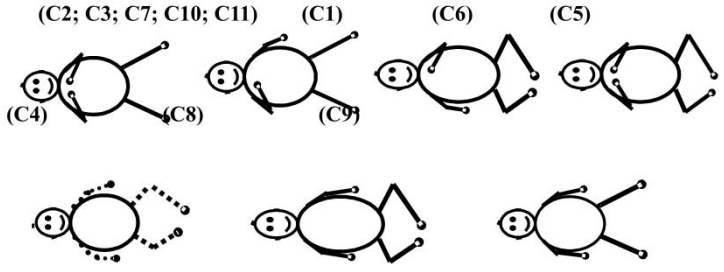
Outro dado que achamos relevante e que deve ser levado em consideração está relacionado com o tipo de expressão apresentado pelas crianças em relação ao posicionamento dos membros superiores e inferiores.

Analisando a Figura 2, verificamos que das 11 crianças, 8 mantiveram, pelo menos, um dos membros superiores fletidos, o que representa 72,72% delas e pode ser indicativo de uma resposta ao tipo de cuidado que vêm recebendo, pois o fato de manter

sempre um dos braços fletido pode ser um sinal de alerta ou de autoproteção.

A seguir representamos, a partir de desenhos, as expressões corporais mais comuns nas crianças da U.I. após receberem os cuidados de enfermagem. Elas estão representadas como Criança 1 = C1; Criança 2 = C2;... ; Criança 11 = C11, destacadas na Figura 3. Salientamos que para a confecção dos desenhos das crianças deste estudo não se quis avaliar tônus em função da maturidade do sistema nervoso, apenas a avaliação das expressões corporais antes e após os cuidados a elas prestados.

Figura 3 - Representação das expressões corporais das crianças após receberem os cuidados de enfermagem na U.I.



As expressões corporais das crianças dispostas nos desenhos acima fazem referência as expressões das crianças após os cuidados de enfermagem e podem ser verificadas a partir das suas descrições na Figura 2.

Conclusão

Atualmente vimos percebendo que na enfermagem, assim como em outras profissões, os achados que podem ser quantificados com precisão têm tido um maior destaque e reconhecimento. Acreditamos, entretanto, que pelo fato da enfermagem ser uma profissão onde se destacam os aspectos objetivos e subjetivos, tornam-se essenciais estudos que tragam discussões sobre eles, sem deixar à margem o rigor cientifico, de modo que estejamos fundamentados numa discussão que, por ser ainda recente, gera dúvida para o corpo profissional de enfermagem.

Com os achados deste estudo, demonstramos que o corpo da criança responde aos cuidados que lhes são ofertados na U.I., sendo importante o fato de trazermos dados concretos sobre as respostas de seus corpos através de mudanças em suas expressões corporais, que aparentemente se apresentavam como impossíveis de serem mensuradas.

Concluímos que a enfermagem precisa ousar na busca de novos caminhos para demonstrar, através de novos estudos, que é possível a partir de dados subjetivos, gerar novos conhecimentos, e, conseqüentemente, estratégias que permitam uma melhor assistência às crianças internadas nas Unidades Intermediárias.

Referências

1. Teixeira ER, Figueiredo NMA. O desejo e a necessidade com o corpo: uma perspectiva estética na prática de enfermagem. Niterói: UFF; 2001. 181p.
2. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução de: Eloá Jacobina. 3a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001. 128p.
3. Weil P, Tompakow R. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. 39a ed. Petrópolis: Vozes; 1986. 292p.
4. Johnson d. Corpo. Traduzido por: Bastos A. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 263p.
5. Demo P. Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis: Vozes; 1997. 317p.
6. Polit D, Hungler F. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 391p.
7. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2003. 311p.
8. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. 1014p.
9. Figueiredo NMA, Handem PC, Rocha RG. Comunicação e toque: A influência do ambiente nos cuidados. In: Figueiredo NMA. Práticas de Enfermagem: Ensinando a cuidar da criança. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. cap. 08. p. 289-310.
10. Montagu A. Tocar: o significado humano da pele. Tradução Maria Sílvia Mourão Netto. 3a ed. São Paulo: Summus; 1998. 427p.
11. Nascimento MAL, Silva GRG. O ambiente frio e o cuidado morno (A equipe de enfermagem promovendo a aproximação entre mães e filhos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal). Enfermagem Brasil 2005;4(4):206-212.
12. Amorim RHC. Avaliação neurológica do recém-nascido. In: Fonseca LF, Pianetti G, Xavier CC. Compêndio de neurologia infantil. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.03-26.

Artigo original

Características de formação e de inserção de enfermeiras obstetras nos hospitais de São José do Rio Preto-SP

Beatriz Barco Tavares, M.Sc.*, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, D.Sc.**

*Enfermeira obstetra, Doutorando da Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), **Profa. Assistente da FAMERP, Obstetriz, enfermeira, Livre Docente pela FAMERP, Profa. Adjunta da FAMERP*

Resumo

Este estudo teve como objetivos identificar os leitos obstétricos nos hospitais da micro-região de São José do Rio Preto (SJRP) e caracterizar os enfermeiros obstetras que atuam nos hospitais desta cidade quanto à formação e atividades que realizam na área. Encontrou-se 17 hospitais na micro-região; 223 leitos obstétricos; 17 enfermeiras obstetras que consentiram em participar, 52,8% eram casadas, idade média de 30,1 anos, 82,4% tinham especialização na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e 38,8% atuavam na área, principalmente com atividades administrativas. Conclui-se que é pequena a inserção de enfermeiras obstetras em SJRP, que a FAMERP tem contribuído para a formação de enfermeiros obstetras e que é preciso aumentar ações que permitam maior e melhor inserção de enfermeiros obstetras na região estudada, contribuindo para aumento dos partos normais e na humanização do nascimento.

Palavras-chave: enfermeiras obstétricas, especialização, educação, mercado de trabalho.

Abstract

Training and participation characteristics of obstetric nurses in hospitals of São José do Rio Preto-SP

This study aimed at identifying obstetric beds in hospitals of the microregion of São José do Rio Preto, and at characterizing the obstetric nurses that work in hospitals of this city, concerning their training and the activities they perform in the area. There were 17 hospitals in the microregion; 223 obstetric beds; 17 obstetric nurses consented to participate, 52,8% were married; with and average age of 30,1 years; 82,4% had achieved their specialization degrees at Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) and 38,8% were working in the area, especially in administrative activities. It could be concluded that the participation of obstetric nurses in SJRP is small, that FAMERP has been contributing to the training of obstetric nurses and that it is necessary to increase the number of actions which allow greater and better participation of obstetric nurses in the studied region, contributing to the augmentation of normal deliveries cases and the humanization of the birth process.

Key-words: obstetric nurses, specialization, education, labor market.

Artigo recebido em 27 de setembro de 2006; aceito em 12 de maio de 2007.
Endereço para correspondência: Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, Rua Pará 721, 15140-000 Bálsamo SP, Tel: (17) 3264 1357, E-mail: zaida@famerp.br

Resumen

Características de formación y de inserción de enfermeras obstétricas en los hospitales de São José do Rio Preto-SP

Este estudio tuvo como objetivos: identificar los lechos obstétricos en los hospitales de la micro-región de São José do Rio Preto (SJRP) y caracterizar los enfermeros obstétricos que actúan en los hospitales de esta ciudad en cuanto a la formación y actividades que se realizan en este sector. Se encontraron 17 hospitales en esta micro-región; 223 lechos obstétricos; 17 enfermeras obstétricas consintieron en participar; 52,8% eran casadas, con una media de edad de 30.1 años; 82,4% obtuvieron especialización en la Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) y 38,8% actuaban en el área, principalmente con actividades administrativas. Se concluyó que es pequeña la inserción de enfermeras obstétricas en SJRP, que la FAMERP ha contribuido para la formación de enfermeros obstétricos y que es necesario aumentar las acciones que permitan mayor y mejor inserción de enfermeros obstétricos en la región estudiada, contribuyendo para el aumento de los partos normales y la humanización del nacimiento.

Palabras-clave: enfermeras obstétricas, especialización, educación, mercado de trabajo.

Introdução

Ao longo das últimas décadas, têm sido bastante discutido, em diferentes partes do mundo, as questões das distorções na assistência obstétrica, reveladas em um modelo de atendimento convencional, tecnocrático, medicalizado e hospitalocêntrico. Tal situação tem sido constatada em índices absurdos de cesáreas, exagero de intervenções tecnológicas no corpo das mulheres, aumento das taxas de morbi-mortalidade neonatal, perinatal e materna, além de desconsiderar a participação mais efetiva da mulher e de profissionais não médicos na atenção ao nascimento e parto [1-3]. Esta problemática tem ficado mais acentuada no Brasil, particularmente em algumas regiões, como no interior paulista, na cidade de São José do Rio Preto e região, citados entre os "campeões" de cesáreas no mundo, gerando mais custos da assistência obstétrica, realizada de forma não igualitária e sem a efetividade esperada [4].

Ante tal constatação da realidade no Brasil, os órgãos governamentais e grupos de classes profissionais, principalmente nas áreas de medicina e de enfermagem, passaram a discutir e propor medidas de intervenção para minimização desta problemática e humanização nas ações relacionadas ao ciclo reprodutivo. Os principais focos de ação visavam à proposição e implementação de Políticas Públicas de Atenção em Saúde, atendendo também aos anseios e prerrogativas apresentadas por movimentos feministas [5-7].

Outra discussão atual é a defesa da participação de agentes não médicos na atenção ao nascimento e parto, especialmente de parteiras, obstetrizes ou enfermeiros obstetras, assumindo atribuições menos complexas, cabendo ao médico atividades especializadas na atenção a mulheres com maior risco obstétrico. Destacam-se, entre as razões para que o enfermeiro obstetra esteja em evidência no Brasil, a possibilidade de tornar o nascimento e o parto menos medicalizados, contribuir para a humanização na atenção obstétrica e diminuição dos índices de cesáreas, pela atuação mais efetiva no acompanhamento do trabalho de parto, com menores custos na prestação dos serviços de saúde neste contexto, tanto na rede pública quanto na privada [1,8-12].

Desde a década de 80, verifica-se situações de afastamento na formação e na prática da enfermagem obstétrica, presenciando-se gradativa diminuição de ofertas de cursos de especialização, assim como a ocupação da assistência ao parto por médicos. Com isso, muitos enfermeiros não conseguem tornar-se especialistas, e poucos especialistas são absorvidos pelo mercado de trabalho, assumindo atividades laborais no ensino e em outras áreas da saúde. Mesmo aquelas que atuam na assistência à mulher, muitas deixam de prestar cuidados diretos, durante o trabalho de parto e na realização do parto normal, ainda que tais atividades sejam reconhecidas como suas atribuições profissionais, previstas na legislação profissional em vigor [13].

Também existe bastante resistência da classe médica quanto à inserção da obstetriz ou enfermeiro obstetra na atenção ao parto, mas, desde 1998, o Ministério da Saúde vem estabelecendo recursos e dispositivos legais para qualificar enfermeiros para a atenção ao parto normal, como financiamentos de

cursos de especialização e Portarias Ministeriais para a inclusão do parto normal assistido por enfermeiro obstetra na Tabela de pagamentos do Sistema Único de Saúde – SUS [14].

Ante tais considerações, os objetivos deste estudo foram: identificar os leitos disponíveis para atendimento obstétrico em hospitais da micro-região de São José do Rio Preto e caracterizar os enfermeiros obstetras que atuam nos hospitais da cidade de São José do Rio Preto, identificando as atividades profissionais que realizam nessas instituições.

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo descritivo e exploratório, seguindo-se algumas etapas no procedimento metodológico para obtenção dos dados. De início, foi elaborado o projeto da pesquisa para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, obedecendo a Resolução 196/96 sobre pesquisa com seres humanos.

Realizou-se busca eletrônica, em 24/05/06, no endereço eletrônico: http://cnes.datasus.gov.br, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Foram detectados 6 hospitais que apresentavam leitos obstétricos, na cidade de São José do Rio Preto, entrando-se em contato preliminar, via telefone, com as enfermeiras gerentes desses hospitais, solicitando informações sobre os enfermeiros atuantes e aqueles com especialização em Enfermagem Obstétrica, para posterior contato e entrevista. Posteriormente, agendou-se entrevista individual com as enfermeiras obstétricas identificadas em cada hospital.

A amostragem do estudo ficou constituída por 17 enfermeiras que atenderam aos critérios de ser enfermeira obstétrica e consentir por escrito em participar da pesquisa, após serem esclarecidas sobre o estudo. Os dados obtidos foram agrupados, segundo características de especificidade, utilizando-se um banco de dados para análise com auxilio do Excel, sendo os dados apresentados em forma de Tabelas e Quadros.

Resultados

Verificou-se que estavam disponíveis 223 leitos obstétricos, na micro-região de São José do Rio Preto (SJRP), sendo 117 (54,5%) do SUS, com 17 hospitais, atuando 290 enfermeiras, 24 (8,3%) com especialização em enfermagem obstétrica. Dos 17 hospitais que atendiam obstetrícia, 6 (35,3%) estavam em SJRP, com 131 (58,7%) dos 223 leitos obstétricos desta micro-região, correspondendo a 48,1% no Hospital de Base (HB), 19,8% na Santa Casa de Misericórdia, 14,5% no Hospital Ielar, 7,6% na Beneficência Portuguesa, 6,9% no Hospital Austa e 3,1% no Hospital Santa Helena.

Dos 290 enfermeiros que atuavam nos hospitais da micro-região de SJRP, 257 (88,6%) atuavam nesta cidade, correspondendo a 66,1% no HB, 11,7% no Hospital Austa, 11,3% na Santa Casa de Misericórdia, 5,8% na Beneficência Portuguesa, 2,7% no Hospital Ielar e 2,3% no Hospital Santa Helena. Também, 21 (87,5%) das 24 enfermeiras obstetras atuavam em hospitais da cidade de SJRP, 52,4% no HB, 23,8% na Santa Casa de Misericórdia, 14,3% na Beneficência Portuguesa e 9,5% no Hospital Austa. Consentiram em participar do estudo 17 enfermeiras obstétricas, 52,8% casadas e as restantes solteiras, 52,8% com idade entre 28 a 31 anos, sendo a média de idade de 30,1 anos.

Verifica-se, na Tabela I, que foram citadas 5 instituições de graduação das enfermeiras do

Tabela I - Distribuição das enfermeiras obstetras segundo ano de conclusão da graduação e instituição do ensino superior. São José do Rio Preto, 2006.

Ano	Instituição										Total	
	FAMERP		FEF		UNIMAR		UNIFEV		UEL			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1989	--	--	1	5,9	--	--	--	--	--	--	1	5,9
1995	1	5,9	--	--	--	--	--	--	--	--	1	5,9
1996	2	11,8	--	--	--	--	--	--	--	--	2	11,8
1997	3	17,6	--	--	--	--	--	--	--	--	3	17,6
1998	3	17,6	--	--	--	--	--	--	--	--	3	17,6
1999	3	17,6	--	--	1	5,9	--	--	--	--	4	23,5
2001	--	--	--	--	--	--	--	--	1	5,9	1	5,9
2002	--	--	1	5,9	--	--	1	5,9	--	--	2	11,8
Total	12	70,5	2	11,8	1	5,9	1	5,9	1	5,9	17	100,0

estudo, sendo 40% públicas, representadas pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), que graduou 70,5% das enfermeiras e a Universidade Estadual de Londrina (UEL), que graduou 5,9% das enfermeiras. As 5 enfermeiras restantes formaram-se na Fundação Educacional de Fernandópolis (FEF) 11,8% e igual número 5,9% na Universidade de Marília (UNIMAR) e no Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV). Destas enfermeiras, 58,8% concluíram a graduação entre 1997 e 1999, 90,0% na FAMERP. As enfermeiras com mais tempo de graduação foram as formadas em 1989 (5,9%), na FEF, seguida de 3 formadas na FAMERP, sendo 5,9% em 1995 e 11,8% em 1996. Entre as enfermeiras com menos tempo de graduação, 17,6% formou-se em 2001 (UEL) e 11,8%, em 2002, sendo uma na FAMERP e outra na UNIFEV.

Observa-se, no Quadro 1, que as enfermeiras obstetras deste estudo fizeram especialização em três instituições de ensino superior, 82,4% na FAMERP, sendo 71,4% no ano de 2002, com financiamento do Ministério da Saúde e 28,6% em 2004, com curso autofinanciado, 2 enfermeiras se especializaram na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/SP (EEUSP/SP), nos anos de 1990 e 2000, em curso autofinanciável e 1 enfermeira fez a especialização autofinanciada na Universidade Bandeirante de São Paulo (UNIBAN), em 1997. O tempo de duração do curso teve uma variação de 12 a 30 meses.

Os relatos das enfermeiras do estudo quanto às atividades de acompanhamento de trabalho de parto e o número de partos realizados, durante a especialização em enfermagem obstétrica, estão apresentados no Quadro 2. Observa-se que as alunas da EEUSP referiram que acompanharam de 200 a 250 parturientes, realizando de 240 a 250 partos normais, sendo uma média de 135 com epsiorrafia. A enfermeira formada na UNIBAN referiu ter acompanhado 39 trabalhos de partos, realizando 42 partos normais, 30 com epsiorrafia. As enfermeiras com especialização na FAMERP relataram ter realizado entre 15 e 39 acompanhamentos de trabalho de parto, com média de 23,3 partos normais, 9,8 com episiorrafia.

Verifica-se, na Tabela II, os setores de trabalho referidos pelas enfermeiras do estudo e atividades que desenvolvem. De início, verifica-se que são relacionadas 18 enfermeiras, lotadas em cinco setores diferentes, esclarecendo-se que uma enfermeira trabalhava em dois hospitais. A maior parte, 38,8% trabalhava em Unidade Obstétrica, seguido de 27,8% que atuava em unidade clínica, 16,6% em CC e CM, 11,2% em UTI e 5,6% em emergência. Quanto às atividades realizadas, 55,4% referiram ter ações administrativas e assistenciais, enquanto as restantes relataram ser, essencialmente, assistenciais.

Quadro 1 - Ano de conclusão da especialização em Enfermagem, a instituição, financiamento e a duração do curso. São José do Rio Preto, 2006.

Ano de conclusão	IES	Número de enfermeiras	Financiamento (valor total/aluno)	Tempo do curso (meses)
1990	EEUSP/SP	1	Autofinanciável (sem informação)	24
1997	UNIBAN	1	Autofinanciável (R$14.400,00)	30
2000	EEUSP/SP	1	Autofinanciável (R$6.000,00)	12
2002	FAMERP	10	Ministério da Saúde (R$4.500,00)	12
2004	FAMERP	4	Autofinanciável (R$5.250,00)	15

Quadro 2 - Relatos das enfermeiras segundo instituição formadora e número de assistência à parturiente, partos realizados com e sem epsiorrafia. São José do Rio Preto, 2006.

IES	Trabalho de parto	Parto com epsiorrafia	Parto sem epsiorrafia	Número de parto
EEUSP/SP	200 a 250 (M=225)	100 a 170 (M=135)	70 a 150 (M=110)	240 a 250 (M=245)
FAMERP	15 a 39 (M=20,9)	4 a 19 (M=9,8)	3 a 22 (m=13,2)	20 a 30 (M=23,3)
UNIBAN	39	30	12	42

Tabela II - Distribuição das enfermeiras obstetras segundo setor de atuação e atividade desenvolvida. São José do Rio Preto, 2006.

Setor	Atividades				Total	
	Assistencial		Administrativa e assistencial			
	N	%	N	%	N	%
Obstetrícia	4	22,2	3	16,6	7	38,8
Clinica	2	11,2	3	16,6	5	27,8
CC e CM	--	--	3	16,6	3	16,6
UTI	1	5,6	1	5,6	2	11,2
Emergência	1	5,6	--	--	1	5,6
Total	8	44,6	10	55,4	18*	100,0

* uma enfermeira atua em dois hospitais, em um em unidade clínica e em outro em CC e CM. CC= Centro Cirúrgico, CM= Central de Material, UTI= Unidade de terapia intensiva.

Discussão

Vários profissionais da área da saúde têm papéis que podem ser desempenhados na atenção à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, geralmente realizados de forma compartilhada, mas os profissionais com maior atenção ao trabalho de parto e parto são o médico obstetra e a obstetriz ou enfermeiro obstetra. No Brasil, acompanhando a evolução histórica da formação e atuação de não médicos na área obstétrica, entende-se as dificuldades de inserção profissional de obstetrizes ou de enfermeiros especialistas na área obstétrica. São muitos os embates atuais com a categoria médica a respeito da competência e qualificação de outros profissionais na atenção ao nascimento e parto e sobre partos domiciliares e casas de parto, além de propostas inovadoras de humanização do nascimento [15].

No entanto, a temática de discussão que volta à pauta, nos tempos atuais, é a consideração de diferentes focos de humanização do nascimento e parto, da necessidade da retomada da profissão de obstetriz/enfermeiro obstetra, revelando-se uma carência de profissionais não médicos que levou ao aumento absurdo de índices de cesáreas. Em várias partes do mundo, particularmente em alguns países mais desenvolvidos, uma solução apresentada para diminuir a incidência de cesáreas foi a presença da obstetriz ou enfermeiro obstetra para a condução do parto normal, reservando-se ao médico a atuação nas complicações. Vários estudos têm revelado o apoio oferecido pelo enfermeiro obstetra, durante o trabalho de parto e parto, pelo uso de várias estratégias para humanização do nascimento [1,6,8,16-18].

Reconhece-se a carência de pessoal não médico na atenção ao nascimento, a realização de cesáreas sem indicação clínica, e a dificuldade de inserção profissional do enfermeiro obstetra, que muitas vezes por corporativismo médico não têm garantias de seus direitos para exercer plenamente as atribuições para as quais estão habilitadas e respaldadas na legislação profissional vigente. A participação do enfermeiro obstetra, na atenção ao parto de baixo risco, tem exigido uma negociação com médicos obstetras, muitos preocupados com o espaço profissional que poderiam perder neste campo de atuação, mas que tem sido visto como o caminho necessário em várias partes do mundo e uma diretriz de política de saúde brasileira na assistência pré-natal [18-24].

A Micro Região de São José do Rio Preto, em 2005, possuía 469.373 mulheres em idade fértil, ou seja, de 10 a 49 anos, segundo dados do IBGE, com 223 leitos obstétricos para atender essas mulheres no processo da parturição, distribuídos em 11 municípios, Ibirá, Jaci, José Bonifácio, Mirassol, Monte Aprazível, Nova Granada, Neves Paulista, Paulo de Faria, Potirendaba, Tanabi e São José do Rio Preto (http://cnes.datasus.gov.br/),. Particularmente em São José do Rio Preto há 6 hospitais com 131 leitos obstétricos, sendo 86 financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 45 particulares. Constatou-se neste estudo que atuavam na microregião de São José do Rio Preto 24 enfermeiras com especialização em Enfermagem Obstétrica, sendo que 21 (87,5%) estavam no município sede, distribuídas nos seis hospitais com leitos disponíveis para obstetrícia, o que corresponde a 6,3 leitos por enfermeira obstetra.

No nosso estudo, foram incluídas 17 (81,0%) enfermeiras que consentiram em participar, sendo a maioria jovem, na faixa etária de 24 a 31 anos, 70,5%, destas 66,6% solteiras. Tais resultados são semelhantes a outro estudo, realizado em Ribeirão Preto, que registrou a totalidade de enfermeiras obs-

tétricas atuantes em hospitais com idades entre 25 e 30 anos, com uma média de 27,07anos e, 73,1% eram solteiras [5].

Quanto à instituição de formação dessas enfermeiras, encontrou-se 76,3% formadas em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas, representadas pela FAMERP e UEL, a grande maioria com tempo de formação entre 4 a 10 anos, 94,1%, dados que também sintonizam com outro estudo que revelou que 92,3% das enfermeiras obstetras eram egressas de IES públicas, sendo 65,3% com 2 a 5 anos de formada [25].

Constatou-se, de início, que as 17 enfermeiras obstetras deste estudo, formaram-se em 5 cursos ministrados em 3 IES (EEUSP/SP, FAMERP e UNIBAN), entre os anos de 1990 a 2004, sendo apenas a UNIBAN uma escola particular. Destes cursos, 4 (80,0%) eram autofinanciados, com valores variando de R$5250,00 por aluno, na FAMERP, R$ 6000,00 na EEUSP/SP e R$14400,00 na UNIBAN, enquanto uma enfermeira não soube informar o valor que pagou pelo curso, realizado na EEUSP/SP, em 1990. Ficou claro também que estão atuando, em São José do Rio Preto, 82,4% enfermeiras com especialização em Enfermagem Obstétrica formadas na FAMERP, sendo 58,8% que fizeram o curso financiado pelo Ministério da Saúde em 2002, com custo estimado de R$4500,00 por aluno, sendo as restantes em curso vinculado à Fundação de Apoio à FAMERP (FAEPE), em 2004.

Vale ressaltar, que no ano de 2002, o Ministério da Saúde aplicou no Estado de São Paulo um total de R$ 431.056,00 (quatrocentos trinta um mil e cinqüenta seis reais), em convênios com IES para a formação de enfermeiros obstetras, distribuído da seguinte forma: FAMERP R$90.000,00 (noventa mil reais) com 24 alunos aplicando R$4500,00/aluno; EEUSP R$81.580,00 (oitenta e um mil e quinhentos oitenta reais) com 20 alunos, perfazendo R$ 4079,00/aluno; FEJAÚ R$94.780,00 (noventa quatro mil setecentos e oitenta reais) com 20 alunos no valor de R$4700,00/aluno; UNIARARAS R$164.696,00 (Cento sessenta e quatro mil seiscentos noventa e seis reais) com 24 alunos utilizando R$6862,33/aluno [14].

Outro aspecto analisado neste estudo foi o tempo de duração dos cursos, que tiveram uma variação de 12 a 30 meses, o que não deve ser proporcional à carga horária, pois o curso de 30 meses só tinha aulas aos sábados, o da EEUSP/SP de 12 meses era período integral e os desenvolvidos na FAMERP aconteciam de quinta a sábado e na época do estágio era a semana inteira, definidos os grupos de estágio, em São Paulo.

Os resultados, quanto às atividades desenvolvidas durante a especialização, deixam claro a falta de homogeneidade entre as oportunidades de acompanhamento e realização de partos normais, maiores entre as enfermeiras que cursaram especialização na cidade de São Paulo. As enfermeiras formadas na FAMERP tinham que se deslocar para maternidades da cidade de São Paulo, pois não havia possibilidade de realizar ao menos os 20 partos normais preconizados na cidade ou na região de São José de Rio Preto, citada como "campeã" de cesáreas [4]. A propósito, o primeiro curso ministrado na FAMERP seguiu um longo caminho até o estabelecimento do convênio com o Ministério da Saúde, mas só podia incluir enfermeiras vinculadas ao SUS, o que restringia a participação de outras enfermeiras com interesse na área, mas atuando em hospitais particulares. Considerando que a maioria das enfermeiras formadas no curso financiado não atuava em Centro Obstétrico e algumas nem na área obstétrica, levou-nos a organizar o curso autofinanciado em 2004. A confederação Internacional das Parteiras reconhece que as enfermeiras obstétricas podem receber conhecimento e habilidades por vários caminhos educacionais. O modelo adotado pelo Brasil é a formação específica na área através dos cursos de pós-graduação "*lato-sensu*", desenvolvidos por instituições de ensino, podendo diferir quanto a conteúdos, carga horária, habilidades desenvolvidas, público alvo, entre outros aspectos [26].

Outro destaque é em relação à realização de parto com epsiorrafia, quando se verifica que os enfermeiros da FAMERP realizaram menos, o que está de acordo com o preconizado por pesquisadores da atualidade, pois, nos últimos anos, vários trabalhos tem sido realizados, demonstrando que é melhor não realizar epsiotomia/epsiorrafia [27,28].

Foi possível identificar que 61,2% das enfermeiras deste estudo, apesar de especialistas em Enfermagem Obstétrica, atuavam em outros setores do hospital, sendo 45,5% em unidade de clínica e 27,3% em Centro-Cirúrgico e Central de Material. Assim, atuavam na área de obstetrícia 38,8% das enfermeiras obstetras, porcentagem igual à encontrada em outro estudo, entre egressas de cursos de habilitação e especialização em Enfermagem Obstétrica da EEUSP [10].

Nas diferentes especialidades da Enfermagem, tem-se relatado dificuldades no exercício da prática profissional, mesmo com ampliação da atuação. A recomendação é que o enfermeiro especialista busque a valorização e autonomia em sua atuação, usando as competências específicas para seu reconhecimento social, assumindo um compromisso científico, técnico, ético e humanístico na assistência qualificada a populações determinadas [29].

A partir da década de 90, muitos cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica foram organizados, no sentido de dar cabo a uma tarefa de retomada desta profissão no Brasil. Tem ficado em destaque as dificuldades que se apresentam, principalmente junto à classe médica, exigindo forças e uma postura mais comprometida e científica dos profissionais e comprometimento dos órgãos de classe na enfermagem. Para tanto, não podem cessar os debates sobre a necessidade de melhor espaço profissional para atuação do enfermeiro obstetra no Brasil, permitindo que revele seu potencial e competência legal na atenção ao nascimento e parto normal, deixando-se de lado as posições corporativas e hegemônicas que só levaram a índices absurdos de cesáreas e má prática na atenção ao nascimento [16].

Conclusão

Os dados obtidos neste estudo permitem concluir que ainda é pequena a inserção de enfermeiras especialistas em Enfermagem Obstétrica, para atuar em unidades obstétricas, na cidade de São José do Rio Preto. Também, que a FAMERP tem contribuído para a formação de enfermeiros obstetras na cidade e região, devendo-se refletir e discutir mecanismos para uma maior e melhor inserção do enfermeiro obstetra na região de São José do Rio Preto, contribuindo tanto na diminuição do índice de cesárea quanto para a humanização do nascimento e parto.

Referências

1. Osava RH. A redução das taxas de operações cesarianas no Brasil: um desafio para a enfermagem obstétrica. J Bras Ginecol 1996;106(11/12):422-7.
2. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad Saúde Publica 2003;19(Supl 2):5419-27.
3. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política na humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciênc Saúde Coletiva 2005;10 (3):669 -705.
4. Tavares BB. Expectativas de primíparas de São José do Rio Preto quanto ao tipo de parto e o conhecimento de indicação de cesárea [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
5. Tyrrel MAR. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político e inserção de enfermagem [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 1993.
6. Osava RH, Mamede MV. Assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. J Bras Ginecol 1995;105(1-2):3-9.
7. Organização Mundial de Saúde (OMS). Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra:OMS; 1996.
8. Gualda DMR. A experiência, o significado e a realidade da enfermeira obstetra: um estudo de caso [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998.
9. Riesco MLG. Que parteira é essa [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
10. Merighi MAB. Enfermeiras obstétricas egressas da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: caracterização e trajetória profissional [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
11. Caron OAF, Silva IA. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(4):485-92.
12. Riesco MLG, Fonseca RMGS. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não médicos na assistência ao parto.Cad Saúde Publica 2002;18(3):685-98.
13. Merighi MAB,Yoshizato E. Seguimento das enfermeiras obstétricas egressas dos cursos de habilitação e especialização em enfermagem obstétrica da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(4):493-501.
14. Schirmer J. Formação da enfermeira obstetra: contribuição para o resgate da atuação na assistência ao parto e nascimento. [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
15. Soler ZASG. CEHPAN: Centro Humanizado de Preparo e Assistência ao Nascimento – uma proposta para a região de São José do Rio Preto, São Paulo [livre-docência]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2005.
16. Butler J. Supportive nurse-midwife care is associated with a reduced incidence of cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1993;168(5):407-13.
17. Cechin PL. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. Rev Bras Enfermagem 2002;55(4):444-8.
18. Riesco MLG, Tsunechiro MLG. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? Estudos Feministas 2002;10:449-459.
19. Davim RMB, Bezerra LGdeM. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência.Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(5):727-32.

20. Gardenal CLC, Parreira I, Almeida JM, Pereira VM. Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP (1999). Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(4):478-84.
21. Ângulo-Tuesta A, Gifin K, Gama ADES, Orsi E, Barbosa GP. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto.Cad Saúde Pública 2003;19(5):1425-36.
22. Figueiredo NMA, Tyrrel MAR, Carvalho V, Leite JL. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans - e pós-parto – uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(6):905-12.
23. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(6):960-7.
24. Couto GR. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. Rev Latinoam Enfermagem 2006;14(2):190-8.
25. Clapis MJ Competências de enfermeiras obstétricas na Atenção Qualificada ao Parto: contribuição do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal-modalidade residência [livre-docência]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
26. Clapis MJ. Residency in obstetric Nursing as part of the roundtable on Obstetric nursing formation and quaification in Brasil. [Presented at 15th Internacional Congresso Women`s Health Issues and IV COBEON - Congress Obstetric and Neonatal Nursing; 2004; São Pedro, SP].
27. Romero JAR Indicaciones actuales de la episiotomia. Rev Fac Med Univ Nac Colomb, 2004;52(2).
28. Carroli G, Belizan J Episiotomia en el parto vaginal (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1.UK: John Wiley & Sons; 2006
29. Silva RC, Santoro DC. O enfermeiro especialista no cenário de uma unidade coronariana: um relato de experiência. Enfermagem Brasil 2006;5(3):175-79.

Artigo original

A imprensa escrita como fonte de pesquisa para a Enfermagem

Fernando Porto*

**Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO, membro do Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem (LAPHE) e Doutorando da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.*

Resumo

Este estudo é de reflexão teórica quanto à utilização dos registros da imprensa escrita com fonte de pesquisa para a enfermagem. Apresenta a concepção de imprensa escrita e descreve os elementos midiaticos, como: nota, notícia, suíte, anúncios, presença de imagens iconografias, bem como a racionalidade gráfica e distribuição destes elementos nas páginas dos mídias. Metodologicamente, é apresentado aos pesquisadores a proposta de um instrumento para a coleta de informações, outra para análise dos achados e as limitações do uso da fonte de pesquisa. Apresenta resultados de sucesso, por meio de uso de tais instrumentos de pesquisas em estudos já realizados. Alerta-se quanto ao encantamento por pesquisadores iniciantes por esta fonte de pesquisa, além de reflexões e critérios sobre os acervos de documentos disponibilizados.

Palavras-chave: Enfermagem, imprensa escrita, fonte de pesquisa.

Abstract

The written press as source of research for the Nursing

This study is of theoretical reflection on how to use of the records of the written press as a source of research for nursing. It presents the conception of the written press and describes the mediatics elements, such as: note, news, suite, announcements, presence of iconographic images, as well as the graphical rationality and distribution of these elements in the pages of the medias. Methodologically, is presented to the researchers the proposal of an instrument for the collection of information, another one for analysis of the findings and the limitations of the use of the research source. It presents success results, by using such research instruments in studies, already, carried out before. It is important to notice that beginners may be fascinated by this source of research and, also by the reflections and criterions about the available documents.

Key-words: Nursing, written press, research source.

Artigo recebido em 04 de setembro de 2006; aceito em 06 de março de 2007.
Endereço para correspondência: Fernando Porto, Rua André Rocha 372, bl. 01/306, Taquara, 22750-510 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 2435-4008, E-mail: ramosporto@opelink.com.br

Resumen

La prensa escrita como fuente de investigación en Enfermería

Este estudio de reflexión teórico en cuanto a la utilización de los registros de la prensa escrita con fuente de investigación para la enfermería. Presenta la concepción de prensa escrita y describe los elementos midiáticos, como: nota, noticia, suite, anuncios, presencia de imágenes iconográficas, incluso la racionalidad gráfica y distribución de estos elementos en las páginas de mídias. Metodológicamente, se presenta a los investigadores la propuesta de un instrumento para el aporte de informaciones, otra para análisis de los hallazgos y las limitaciones del uso de la fuente de investigación. Presenta resultados de éxito, por medio del uso de tales instrumentos de investigaciones en estudios ya realizados. Es importante alertar sobre la fascinación de investigadores iniciantes por esta fuente de investigación, además de reflexiones y criterios sobre acervos de documentos disponibles.

Palabras-clave: Enfermería, prensa escrita, fuente de investigación.

Introdução

A motivação para "publicizar" este texto, parte da pesquisa em desenvolvimento, que surgiu da necessidade em dialogar com os estudiosos/profissionais do campo após reunião e análise de algumas pesquisas de fonte primária oriundas da imprensa escrita, bem como através da aula administrada no Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem (LAPHE) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO e das orientações com acadêmicos de enfermagem com uso deste documento.

Utiliza-se a idéia de "*imprensa escrita*" como os jornais e veículos impressos de circulação periódica, dotados de uma estrutura-editoras-constante, dirigidos a um determinado público leitor, uma identidade cultural, ideológica e social entre os envolvidos.

A imprensa oficial no Brasil, Rio de Janeiro, foi criada após o desembarque da Família Real, sendo uma das primeiras medidas tomadas pela Corte com a criação da Imprensa Régia, em 13 de maio de 1808. A publicação do primeiro jornal intitulado "*Gazeta do Rio de Janeiro*" composta de duas seções: a primeira com descrições e relatos sobre o panorama político europeu e seus desdobramentos e a segunda seção denominada de "*Avisos*", com pequenos anúncios com situações do cotidiano da corte brasileira, no Rio de Janeiro [1]

O jornal é entendido como um dos produtos da imprensa, movido pela realidade de sua época, descrevendo a sua verdade através do testemunho ocular. Considerado por quem o registra que ontem já é passado, procurando apresentar acontecimentos que supõe serem úteis e esclarecedores [2].

Em geral, a função da imprensa é veicular e produzir nexos e relações entre fatos. Na concepção teórica da comunicação, este fato só ocorre quando é registrado pelo mídia, caso contrário ela não aconteceu socialmente e não seria relevante para o conjunto dos leitores e da sociedade. Assim, a escolha do fato é relacionada à função testemunhal como dupla face: instituir uma realidade e organizar o dado a ser visto [3].

A imprensa escrita permite a produção de um acervo fundamental na compreensão dos fenômenos e processos que produzem, influenciam e explicam os fatos sociais. Portanto, ela também é um registro fundamental das tensões, interesses, estratégias e complexidades de uma época. O registro da imprensa escrita, como produção de sentidos, aqui é entendido como produções discursivas na comunicação produzida pela classe dominante, ou pela aliança que viabiliza algum interesse e estratégia social, que, na maioria das vezes, possui o controle da emissão das mensagens verbais e não-verbais, oferecidas a uma dada sociedade, presente nos fenômenos sociais [4]. Isto significa a existência de uma situação em que a comunicação, a um só tempo, é e permite a existência de uma estratégia social, que se faz discursiva.

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo refletir sobre o uso da imprensa escrita como fonte de pesquisa, com o propósito de ampliar o uso das fontes de pesquisa.

Suporte teórico para o uso de registros da imprensa escrita como fonte de pesquisa

O suporte teórico, aqui oferecido, tem por finalidade oferecer e contribuir com os pesquisadores na sua utilização, bem como para aqueles com interesse neste tipo de registro como fonte de pesquisa na enfermagem.

A intenção inicial é demonstrar que, o jornal ou veículo impresso é uma materialidade plural, marcada

por diferentes modos de apresentar, analisar e trabalhar a palavra ou a narrativa do que pretende enfatizar. A notícia entre os teóricos da comunicação pode ser entendida como "a informação que se reveste de interesse jornalísticos, sendo o puro registro de fatos sem comentários, julgamentos e/ou interpretações" [5:15] ou "informação corrente dos acontecimentos do dia posta ao alcance do público" [6:17] ou, então, "relato de uma série de fatos a partir do fato mais importante ou interessante com tratamento jornalístico no tempo da ação e no processo de narrar" [7:9]. Isto não quer dizer que ela é neutra, isenta e desinteressada. Ela, ao selecionar o que será publicado, produz uma realidade e influência no modo de olhar e intervir nos processos. Compreendo que, além disso, ela tem a pretensão objetiva na narrativa que veicula.

A nota é uma notícia, considerada como um desdobramento. É curta e quando acompanhada de breves comentários é considerada suelto, expressão advinda do espanhol [5:15].

A reportagem "é a extensão da notícia em forma de narrativa, como um dos gêneros jornalísticos" [6-9] ou também considerada como "notícia ampliada com aprofundamento do conteúdo informativo com abordagem estilística" [7:11]. Em resumo, a reportagem é diferenciada da notícia pela extensão, conteúdo e profundidade [5].

Composição do título

Seja reportagem ou notícia com seus desdobramentos, é comum que a matéria jornalística venha acompanhada de título. O título é aquele "que relata do que se trata o assunto do texto jornalístico, servindo para orientar e chamar a atenção do leitor para o texto" [8:51] ou "o anúncio concentrado no fato que mais despertará a atenção do leitor" [5:40], considerando que em alguns momentos o título vem composto por aspas, que tem "significado de substituição reflexiva crítica no texto" [9:27] ou "utilizada por alguém que faz declaração, seja ela contundente no sentido de ridicularizar o fato" [5:29].

Não basta o título ser interessante para chamar a atenção do leitor, faz-se necessário usar algumas estratégias, dentre elas: o olho e a chapéu. O olho refere-se aos títulos auxiliares ou pequenas frases postas no meio do texto, bem como o termo chapéu palavra, nome ou expressão sublinhado, utilizado acima do título, o que caracteriza o assunto da notícia ou reportagem [5]. Os intertítulos são palavras ou frases que aparecem a cada 20 linhas em média [8].

Composição do corpo do texto

Para o corpo do texto, o *lead* é importante, por se constituir no primeiro parágrafo, em duas ou três frases, como uma espécie de resumo do acontecimento registrado ou, então, denominado de chamada (resumo) de uma notícia. O *lead* é apresentado em primeira página, com indicativo de localização do conteúdo ampliado no interior do mídia [5]. Ademais, o *lead* pode ser utilizado como capitular, que se refere a primeira letra em tamanho maior da palavra, utilizada para abertura de texto [8].

Imagens

Alguns textos são acompanhados de imagens, entendida como reprodução documental do real, com olho humano no fato presenciado [2], como as fotografias. Mas é possível a presença de figuras de humor (caricaturas e charges), consideradas realis de ligação, em que a palavra tem função de complementaridade, fragmento de uma cena ou situação geral [2] ou representações pictóricas de caráter burlesco e caricatural em que se satiriza um fato específico com caráter temporal [10].

Estas imagens possuem, em alguns momentos, legendas que identificam personagens [5]. Além disso, as imagens podem ser acompanhadas de texto-legenda, ou seja, por um texto curto [9].

Anúncios e assuntos correlatos

Além de notas, notícias e reportagens os jornais veiculam também anúncios. Esses são considerados como registros ricos em conteúdo, por apresentarem o lado mais profundo do ser humano [2].

Estes anúncios podem ser visualizados como propaganda ou publicidade, mas eles se diferenciam epistemologicamente. A propaganda diz respeito à promoção de caráter político, religioso ou ideológico com o objetivo de disseminar idéias e a publicidade. Os objetivos são para dar sentido a promoção comercial, que visa estimular o consumo de bens, mercadorias ou serviços, mas ambas tem por essência o princípio da promoção [11].

Comunicação visual

A leitura do jornal, também é composta de uma estética própria de comunicação visual utilizada

na imprensa escrita. Esta estética visa transmitir, semanticamente, os seus signos compreensíveis e, ao mesmo tempo, produzir informação visual de reforço estético, através dos símbolos gráficos para atuarem na sensibilidade do receptor [12].

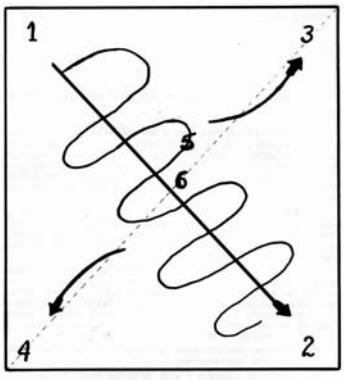
O planejamento da comunicação visual ocorre por meio da estratégia das zonas de visualização. Estas zonas têm por princípio a leitura da direita para esquerda, por estarmos condicionados a escrita ocidental neste sentido [12].

As zonas de visualização são divididas em seis espaços. Cada espaço tem a sua devida importância espacial (figura 01). A zona primária (zona 1) localiza o elemento mais forte para atrair a atenção e interesse do leitor, que se projeta da direita para a esquerda (zona morta - 3).

A zona primária apresenta relação direta com a zona secundária (zona 2), quando se move desta para o canto inferior direito da página.

Outra maneira que a visão se move na leitura ocorre da zona morta (zona 3) para o canto inferior esquerdo da página (zona morta – 4) e duas zonas centrais importantes na comunicação visual são o centro ótico (zona 5) e o geométrico (zona 6).

Figura 01 - Zonas de visualizações [12].



1. Zona primária
2. Zona secundária
3. Zona morta
4. Zona morta
5. Centro ótico
6. Centro geométrico

Além das zonas de visualização, é necessário se atentar que também são utilizados outros recursos gráficos, como: os fios, o olho, *box*, *benday* e a inversão [8].

Os fios são linhas verticais ou horizontais de espessura variável. Eles delimitam o texto, destacando-o ou até mesmo separando-o de outros. O olho refere-se ao fragmento do texto em destaque, entre fios, negritos ou itálicos. B*ox* é o retângulo fechado para números, tópicos, exemplos e outros que merecem destaque. O *benday* é uma base sob o texto ou ilustração, que oferece destaque ao conteúdo; e a inversão é quando o fundo é preto e a letra branca ou vice-versa, conhecido como técnica vazada.

Aspectos operacionais da busca e manuseio para aquisição do registro na imprensa escrita

A busca dos registros na Imprensa Escrita é possível de ser feita em diversos lugares, como os acervos públicos e privados e nas bibliotecas. Dentre esses lugares, a Biblioteca Nacional é referência internacional para muitos pesquisadores. A localização desta biblioteca encontra-se na cidade do Rio de Janeiro, na Avenida Rio Branco, número 219, Praça da Cinelândia, inaugurada em 29 de outubro de 1910, no governo de Nilo Peçanha [13].

Nesta biblioteca, na seção de periódicos, encontramos grande quantidade de jornais que não mais circulam, bem como aqueles ainda em circulação. Entre aqueles que ainda circulam: primeiros exemplares do Jornal do Commercio[b] (1827), Jornal do Brasil (1890), Jornal O Globo (1925), microfilmados ou não.

O acesso aos jornais microfilmados tem a vantagem da profilaxia contra os fungos, sendo possível de serem visualizados em máquinas próprias. Nessas máquinas, cada rolo de microfilme tem, aproximadamente, trezentas imagens que necessitam em média cinqüenta a oitenta minutos, dependendo do tipo de máquina utilizada na Biblioteca Nacional, para uma total visualização.

A máquina que possibilita a visualização do microfilme é do tipo manual ou automática, com tela de visualização; o manuseio do microfilme, quando manual, ocorre através de manivela para conduzir o filme e depois rebubiná-la, manual ou automática.

Por outro lado, minha experiência e de outros pesquisadores [14] apontam algumas dificuldades encontradas com relação aos recursos disponíveis, principalmente, no que se refere à visualização da imagem reproduzida na tela, pois as fontes das letras são minúsculas e a iluminação do projetor para a leitura documental é deficiente.

Após a seleção do material, cumpri-se o protocolo exigido pela instituição para se adquirir o registro da imprensa escrita, salvo quando o material é considerado obra rara não microfilmada.

A delimitação do uso da imprensa escrita

A escolha do jornal adequado, para aquilo que se deseja pesquisar, é essencial para o critério de seleção de registro, tornando-se uma das condições para se obter os resultados desejados.

Minha experiência aponta ser necessário saber, previamente, a data específica do fato ou do evento procurado. Cabendo ressaltar que, é interessante demarcar o espaço temporal para a busca, sendo de quinze dias antes e depois, para se obter uma abrangência maior no sucesso na coleta da informação.

Diante da coleta de informação, a organização de um portifólio é uma estratégia para se facilitar a leitura seqüenciada, considerando que os fatos ou eventos não ocorrem ao acaso.

Materiais e métodos

Proposta de instrumento de coleta e de análise para o uso do registro da imprensa escrita

Para a coleta de informação dos registros na imprensa escrita, sugiro o uso de um instrumento de coleta. Esse instrumento pode ser composto de: identificação do local de acesso - nome da biblioteca ou acervo documental; nome do jornal; editores; o valor do exemplar; local do escritório central; data de inauguração do mídia; periodicidade; editor responsável e/ou corpo editorial. E outros campos como: data do registro do fato ou evento; título da matéria jornalística; página, número/edição do periódico; quantidade de iconografias (fotografias, figuras, charges, dentre outras); resumo do corpo do texto; e condição do material consultado. Esses campos auxiliam o pesquisador em realizar uma seleção mais refinada do que se deseja para a solicitação do material, bem como organizar o *corpus* do estudo.

A matriz de análise é outra etapa, quando o pesquisador já se encontra de posse da seleção mais refinada acima citada, seja através de cópia manuscrita, xerocópia ou digitalização para análise do registro da imprensa escrita.

Esta matriz pode ser confeccionada com diversos campos, mas aqui recomendo que seja elaborada em quatro partes. A primeira refere-se à identificação dos dados com a localização do acervo, nome do mídia, corpo editorial e/ou editor responsável, periodicidade, edição/número do periódico, valor do periódico, data de publicação, página e título da matéria jornalística.

A segunda parte é para os dados do plano de expressão, que se refere à manifestação do conteúdo em um sistema de significado, o qual irá compreender as opções técnicas da construção do registro na imprensa composto do tipo de registro (notícia, reportagem, nota, suelto, publicidade, propaganda); tipo de diagramação (zona de visualização); e tipo de recurso gráfico (fios, *box*, *benday*, inversão). No caso de iconografias, é interessante o registro de seu dimensionamento, bem como se é em preto e branco ou colorida [15].

A parte três da matriz é entendida como os dados do plano de conteúdo destinada a referência do significado no registro da imprensa, a saber como o texto transmite a mensagem e como ele faz para ser entendido pelo leitor com os itens: o título principal; tipo de subtítulos (olho ou chapéu); o *lead* ou chamada do texto; resumo ou íntegra do texto; autoridades citadas no corpo do texto; citações de relevo de *nexus* com o objeto de estudo; e o crédito do registro da imprensa escrita [15]. No caso de fotografias, reservar espaço para o crédito da imagem, identificar os presentes, com sua respectiva posição e local geográfico fotografado, também chamado de cenário.

A última parte deve ser destinada às informações quanto à condição original do material e articulação com outros documentos de *nexus* com o objeto de estudo.

Resultados e discussão

Os resultados já obtidos com a utilização da matriz de análise e a triangulação dos dados

Minha experiência com a matriz acima, na íntegra ou adaptada, proporcionou estudos com sucesso, entre eles posso citar: "*Marcos da trajetória da profissionalização da Enfermagem Brasileira*" [16], "*Registros noticiosos sobre a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras na Revista Brazil-Medico*" [17], "*Ana Néri: Memória no Espaço Público*" [18], "Saiu *no Jornal! A Morte de Florence Nightingale na imprensa escrita do Rio de Janeiro*" [19], "*Um marco na luta da liderança da Enfermagem Brasileira*" [20], "*Anúncios de Amas-de-Leite no Jornal do Commercio*" [14], entre outros já publicados e apresentados em eventos científicos da enfermagem.

Contudo, cabe destacar que, não basta se ter uma notícia para se afirmar um fato ou evento, é preciso contextualizar e triangulá-lo com outros

documentos, através da técnica de triangulação, como uma das possibilidades metodológicas para se inferir os resultados.

A técnica de triangulação pode ser do tipo: de fontes, de métodos, de investigadores e de teorias [21]. Aqui delimito o tipo de fontes, ou seja, quando o pesquisador articula o registro da imprensa com outros documentos, como: ata de reunião, informe institucional e outros que permitam que o pesquisador possa interpretar o documento. Trabalhar com registros da imprensa escrita, à primeira vista, encanta o pesquisador iniciante através da leitura. Mas cabe alertar que, a leitura sistematizada requer disciplina e objetividade na busca.

A leitura encanta, seja pela forma ortográfica ou pelo estilo textual, bem como através das iconografias, que ao meu ver, parece um filme na temática do cotidiano do ser humano em versão real dos fatos, nos proporcionando descobrir um mundo antes não possível.

O tempo dispensado para a coleta de informações é muito precioso, pois a hora passa sem sequer perceber, o que é mister disciplina rígida. Porém, quando se trata de pesquisador iniciante, este tipo de consulta em microfilmes deve ser feito com intervalos, durante a consulta, pois alguns orientandos/pesquisadores já relataram estado nauseante pelo movimento do filme diante da tela.

Por outro lado, estes pesquisadores ratificam se tratar de uma fonte rica em dados para análise, discussão, interpretação e, por fim, a síntese com a produção de sentido que dá origem aos trabalhos de conclusão de curso de graduação e pós-graduação.

Mas há de se ter cuidados no que pesquisamos, pois

> *"Se uma pesquisa não se relaciona a coisa alguma que atualmente sabemos (isto é, não é orientada por uma teoria), se não está dirigida para uma questão de interesse do pesquisador (isto é, para o teste de hipótese) ou produz conhecimento que outros possam usar e é vinculada a um contexto específico (isto é, não generalizável), como, então, pode ser chamada de pesquisa?"[21:135 e 22:27]*

O material, ou o acervo, reunido pode permitir a produção de uma armadilha, já que, por si só, ele não diz nada. O acervo só ganha importância com a intervenção intelectual daquele que o manipula, o analista. O material, quando reunido, "*fala*" de e para uma realidade e aponta os paradoxos de um tempo, mas ele será mudo ou incapaz de produzir sentidos, se aquele que o manuseia não detém técnica de pesquisa para extração de informação dos documentos.

Conclusões

De modo geral, os registros da imprensa escrita constituem uma massa documental descontextualizada, que fora da intervenção intelectual, que a ordena e lhe possibilita voz, há ausência na produção de sentido. Para isto, a teoria e a metodologia são necessárias para a produção de uma racionalidade de um sentido.

As perguntas, portanto, que orientaram a reunião desta massa documental, constituem pontos de partida para a inovação e o aprofundamento da pesquisa e deverão ajudar a escrever o conhecimento.

Nota:

b- O Jornal do Commércio, tradicional periódico carioca, é o mais antigo diário em circulação ininterrupta na América Latina até aos nossos dias. Teve origem no Diário Mercantil (1824), de Francisco Manuel Ferreira & Cia.. Adquirido por Pierre Plancher-Seignot por 1:000$000 (um conto de réis), teve o seu nome mudado para Jornal do Commércio (31 de Agosto de 1827).No período de 1890 a 1915, sob a direção de José Carlos Rodrigues, contou com os nomes de Rui Barbosa, Visconde de Taunay, Alcindo Guanabara, Araripe Junior, Afonso Celso e outros. Era então editorialista José Maria da Silva Paranhos Jr., o Barão do Rio Branco 1845-1912). Atualmente, o diário integra os Diários Associados. (http://pt.wikipedia.org/wiki/Jornal_do_Comm%C3%A9rcio).

Referencias

1. Turack CF, Ferreira LM, Grinberg, K. Mulheres escravas e suas ocupações representadas na Gazeta do Rio de Janeiro no início do século XIX. 4ª Jornada da Iniciação Científica UNIRIO/PROPG; 2005; Rio de Janeiro: UNIRIO/PROPG; 2005; p. 391-92.
2. Jobim D. Espírito do jornalismo. São Paulo: EDUSP; 2003. 222p.
3. Gomes MR. Jornalismo e Ciências da Linguagem. São Paulo: EDUSP/Hadcker; 2000. 112p.
4. Goldman L. Epistemologia e Filosofia Política. Lisboa: Presença; 1978. 101p.
5. Marques LH. Teoria e prática de redação para o jornalismo impresso. São Paulo: EDUSC; 2003.120p.

6. Sodré M. Técnica de reportagem – notas sobre a narrativa jornalística. São Paulo: Summus; 1986. 141p.
7. Coimbra O. O texto da reportagem impressa – um curso sobre a estrutura. São Paulo: Ática;1993. 183p.
8. Rosa JA, Cunha TCG. Jornal de Empresa – criação, elaboração e administração. São Paulo: STS; 1999. 101p.
9. Jordão FP. Mulher e mídia – uma pauta desigual? São Paulo: Fundação Ford; 1997.102p.
10. Perderneiras R. Scenas da vida carioca (álbum). Série; Caricaturas e Desenhos Humorísticos no Brasil1926;1.
11. Marshall L. O jornalismo na era da publicidade. São Paulo: Summus; 2003. 172p.
12. Silva RS. Diagramação – o planejamento visual gráfico na comunicação impressa. São Paulo: Summus;1985. 147p.
13. Biblioteca Nacional. Histórico da Biblioteca Nacional. [citado 2005 Dez 17]. Disponível em: URL: http://www.bn.br/Script/index.asp
14. Almeida LP, Porto F. Os anúncios do Jornal do Commercio de amas de leite, contando a História do aleitamento materno no Brasil (1888-1890). Enfermagem Brasil 2004;03(4);213-23.
15. Pietroforte AV. Semiótica visual – os percursos do olhar. São Paulo: Contexto; 2004. 161p.
16. Porto F, Moreira A, Oguisso T. Marcos da trajetória da profissionalização da Enfermagem Brasileira (1890-1905). Enfermagem Atual 2002;01(01); 44-9.
17. Porto F, Moreira A, Oguisso T. Registros noticiosos sobre a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras na revista "O Brazil-Médico" (1890-1922). Rev Esc Enfermagem USP 2003;36(4):402-7.
18. Porto F, Batista T. Ana Neri; memória em um espaço público. Enfermagem Atual 2004;25:27-31.
19. Porto F, Silva Júnior OC, Santo TBE, Barreto, HDC. "Saiu no Jornal!" A morte de Florence Nightingale na imprensa do Rio de Janeiro, 1920. Cad Pesqui 2004;1/2(1/2):49-58.
20. Porto F, Fraga LCR, Silva Júnior OC, Santos AS. Um marco histórico de luta na liderança da enfermagem brasileira. Revista Enfermagem Atual 2005;26:18-23.
21. Alves-Mazzotti A, Gewandsznadjer F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira; 2001. 203p.
22. Cizek GJ. Crunchy granola and the hegemony of the narrative. Educational Researcher 1998;24(2);26-28.

Enfermagem Brasil
Maio / Junho 2007;6(3)

Revisão

Análise da produção científica dos enfermeiros brasileiros sobre a temática ventilação mecânica

Alessandro Fabio de Carvalho Oliveira*, Viviane Lira de Melo**, Lolita Dopico da Silva, D.Sc.***

Enfermeiro, aluno do curso de especialização em Enfermagem Intensivista-UERJ, residente Unirio-INCL, Ministério da Saúde - HSE-RJ, **Enfermeira, aluna do curso de especialização em Enfermagem Intensivista-UERJ, residente Unirio-HNMD; * Coordenadora do curso de Enfermagem Intensivista-UERJ e do curso de Mestrado da FE-UERJ*

Resumo

Trata-se de um levantamento bibliográfico, em bases eletrônicas de dados, sobre o tema de ventilação mecânica. Objetivou-se analisar os artigos científicos publicados por enfermeiros brasileiros abordando a ventilação mecânica. Foram encontrados 15 artigos na biblioteca Scielo do Brasil e 26 artigos no Banco de Dados de Enfermagem (BDEnf). Foram selecionados cinco artigos. Os principais assuntos encontrados tratavam de prevenção da pneumonia e aspiração endotraqueal – dois acontecimentos constantes na terapia intensiva. Apesar da preocupação dos estudos com a temática ventilação mecânica, a produção científica ainda é muito modesta, tendo sofrido um decréscimo nos últimos anos.

Palavras-chave: enfermagem, ventilação mecânica, pacientes, terapia intensiva.

Abstract

Analysis of scientific production of Brazilian nurses on mechanical ventilation

This is a bibliographical survey, in electronic databases, about mechanical ventilation. It aims at analyzing scientific articles published by Brazilian nurses approaching the mechanical ventilation. 15 articles were found in the electronic library Scielo of Brazil and 26 articles in the BDEnf. Five articles were selected. The main subjects were concern about preventing pneumonia and endotracheal aspiration, which are two constant events in the intensive therapy. Although there is some concern with mechanical ventilation studies, the scientific production is still very modest, and suffered a decrease in the last years.

Key-words: nursing, mechanical ventilation, patients, intensive therapy.

Artigo recebido em 10 de janeiro de 2007; aceito em 12 de março de 2007.
Endereço para correspondência: Alessandro Fabio de Carvalho Oliveira, Rua Mequinho 191, Rocha Sobrinho, 26574-580 Mesquita RJ, Tel: (21) 8258-8890, E-mail:allesandro_enf@oi.com.br

Resumen

Análisis de la producción científica de los enfermeros brasileños sobre la temática ventilación mecánica

Se trata de un levantamiento bibliográfico, en bases de datos de formato electrónico, sobre el tema de ventilación mecánica. Los objetivos fueron analizar los artículos científicos publicados por los enfermeros brasileños sobre ventilación mecánica. Fueron encontrados 15 artículos en la biblioteca Scielo de Brasil y 26 artículos en el BDEnf. Cinco artículos fueron seleccionados. Los principales asuntos encontrados se preocupaban con la prevención de la pulmonía y de la aspiración endotraqueal que son dos acontecimientos constantes en la terapia intensiva. A pesar de la preocupación de los estudios con el tema de la ventilación mecánica, la producción científica todavía es muy modesta, y en los últimos años ha disminuido.

Palabras-clave: enfermería, ventilación mecánica, pacientes, terapia intensiva.

Introdução

Desde Florence Nigthingale até os dias atuais, a assistência de enfermagem vem se transformando ao longo dos anos. O avanço tecnológico tem cooperado com a prática de enfermagem, trazendo subsídios para uma melhor assistência ao cliente em estado crítico. No que tange à terapêutica ventilatória, a tecnologia modifica e inclui, a cada dia, novos métodos de assistência, exigindo atualização constante daqueles que atuam neste cenário.

A assistência ventilatória invasiva destaca-se num contexto de terapia intensiva por sua grande prevalência e difusão, onde a sua prática tornou-se tão comum que se associam inevitavelmente essas duas temáticas: terapia intensiva e ventilação mecânica. Os pacientes ali internados dependem de uma equipe multidisciplinar, recursos materiais especializados e recursos tecnológicos alocados na unidade de terapia intensiva (UTI) para sua sobrevivência. Mediante estes fatos, vemos como de fundamental importância que os enfermeiros, que prestam assistência a clientes em uso de prótese ventilatória, possuam conhecimento científico atualizado sobre ventilação mecânica, visto que são eles que estão, durante a maior parte do tempo, à beira do leito desses pacientes, prestando cuidados diversos, os quais, inclusive, podem estar relacionados com a melhora ou não desta terapêutica adotada, podendo intervir precocemente.

Entende-se por ventilação mecânica a aplicação, por modo invasivo ou não, de uma máquina que substitui, total ou parcialmente, a atividade ventilatória do paciente [1]. A UTI é um universo onde se somam tecnologia de ponta, conhecimento científico atualizado e competência técnica dos profissionais. Baseado nessa afirmativa, buscou-se analisar a produção científica da enfermagem sobre esta temática.

O presente estudo tem como objetivo analisar quais os principais assuntos abordados sobre ventilação mecânica publicados nos conceituados veículos de comunicação de enfermagem no Brasil, no período de 1995 a 2005.

A complexidade do quadro clínico dos pacientes com déficit respiratório traz a necessidade e a importância da presença do enfermeiro no cuidado e na sincronia junto ao paciente com suporte ventilatório, pois este é o paciente que depende deste profissional de saúde por mais tempo ao seu lado. Portanto, o enfermeiro é como um vigilante, permanecendo atento a qualquer alteração ventilatória e hemodinâmica que este paciente possa sofrer, a irregularidades de sincronização entre parâmetros fixados ao suporte ventilatório e às necessidades de cada paciente. Assim, a enfermagem acompanha, quase ininterruptamente, o paciente alocado na UTI e faz intermediações entre este e a equipe médica.

O cuidado de um paciente sob ventilação mecânica tornou-se parte integrante do cuidado de enfermagem em UTIs, pois é o ingrediente essencial para um melhor resultado [2]. Mas, para tanto, é necessário compreender os princípios da ventilação mecânica e das necessidades de cuidado do paciente, assim como dos objetivos da terapia, do planejamento do desmame e da tolerância do paciente às mudanças no ventilador.

A ventilação mecânica é um método de suporte para o paciente, durante uma enfermidade aguda, não constituindo nunca uma terapia curativa. O emprego da ventilação mecânica implica riscos próprios, e a sua indicação deve ser prudente e criteriosa e a sua aplicação cercada por cuidados específicos [3].

Material e métodos

O levantamento realizado empregou estudos primários que foram identificados na Biblioteca Virtual em Saúde (www.bvs.br - acesso gratuito e sem uso de senha) sobre ventilação mecânica. Nessa biblioteca, pesquisamos o conteúdo do Banco de Dados de Enfermagem (BDEnf) e a SCIELO. A metodologia usada para esse levantamento foi a seguinte:

- uso do descritor "ventilação mecânica" com o operador lógico "and" no formulário livre;
- ter, como tema central, assistência ventilatória invasiva;
- estudos clínicos realizados em humanos adultos;
- apresentar resumos pautados com clareza do conteúdo abordado;
- ter, como autoria, enfermeiros brasileiros; e
- obedecer ao recorte temporal de 1995 a 2005.

No BDEnf, obteve-se o resultado de 26 artigos que, ao serem triados, forneceram uma amostra de quatro estudos dentro dos critérios já pré-estabelecidos. Os estudos selecionados foram os de Diaz *et al*. [4], Moreira *et al*. [5], Grossi [6] e Nunes *et al*. [7].

Foi acessada, também, a biblioteca SCIELO, onde pesquisamos o tema ventilação mecânica, usando o operador "and", sendo encontrados 120 artigos em Scielo Brasil. Acessamos a pesquisa Scielo Brasil e selecionamos a opção artigos em sub-menu assunto. No índice assunto, foi digitado "ventilação mecânica". Na janela de índice, foi solicitado, através do descritor "ventilação mecânica", o índice de trabalhos com este assunto, onde foram obtidos 15 artigos. De acordo com os critérios já descritos, foi selecionado o artigo de Zeitoun *et al*. [8], sendo descartados os demais. Os resultados da pesquisa estão apresentados no Quadro 1.

O motivo pelo qual os 22 trabalhos, encontrados na busca ao BDEnf, foram excluídos será comentado a seguir. Este cuidado explica-se, uma vez que é fundamental garantir ao leitor a segurança de que os artigos utilizados não foram selecionados de acordo com o interesse do pesquisador, mas, sim, porque não tinham, como foco, a ventilação mecânica em adultos. Alguns trabalhos foram descartados porque não obedeciam aos critérios do recorte temporal (1995-2005) do presente estudo [9-21], referiam-se à ventilação mecânica em pediatria [22,23] ou não possuíam, como tema central, a ventilação mecânica [24-27].

Na busca realizada na Biblioteca SCIELO, alguns trabalhos foram descartados porque se referiam à ventilação mecânica em pediatria [28-38], enquanto outros não eram de autoria de enfermeiros [39-41], não satisfazendo, portanto, os critérios de inclusão da pesquisa.

Resultados e discussão

Os resultados da apreciação dos estudos primários serão apresentados, considerando-se a adequação dos estudos e a ordem cronológica do mais recente ao mais antigo em que foram publicados.

Desta forma, o artigo mais recente é o de Diaz *et al.* [4] com o objetivo de avaliar se o uso de filtro higroscópio, quando comparado ao uso de umidificadores tradicionais, é capaz de reduzir a incidência de pneumonia hospitalar. O desenho do estudo foi de um ensaio clínico randomizado, realizado em uma UTI, no período de setembro de 1999 a julho de 2000.

Nesse estudo, foram incluídos 43 pacientes, distribuídos em dois grupos: 23 que utilizaram filtro umidificador higroscópico e 20 que utilizaram umidificador tradicional. Como critério de exclusão do referido estudo, foram referidos os pacientes: 1) portadores de doenças pulmonares prévias à entubação; 2) com hipotermia; 3) com volumes expiratórios insuficientes e; 4) com hipersecreção pulmonar.

Quadro 1- Demonstrativo dos resultados da busca eletrônica.

Bases de dados/ bibliotecas	Critérios de inclusão	Encontrados	Excluídos	Restam	Autores
BVS/BDEnf	últimos 10 anos; estudos clínicos em humanos adultos; autoria de enfermeiros brasileiros; tema central ventilação invasiva; apresentar resumos	26	22	04	Diaz et al. [4] Moreira et al. [5] Grossi [6] Nunes et al. [7]
BVS/SCIELO	Idem	15	14	01	Zeitoun et al. [8]

Os resultados referem que, no grupo que utilizou filtro higroscópico, oito pacientes apresentaram pneumonia, enquanto, no grupo que fez uso do umidificador tradicional, cinco pacientes apresentaram pneumonia. Desta forma, os resultados deste estudo demonstraram que não houve resultados estatisticamente significativos quanto à incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica, quando comparado o uso de filtro umidificador higroscópico e umidificador tradicional. Ademais, foi possível observar que o uso de sedação e de sonda nasoenteral foi o principal fator de risco para o surgimento da pneumonia.

No estudo realizado por Zeitoun *et al*. [8], para Dissertação de Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, a autora pesquisa a incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes submetidos à aspiração endotraqueal, comparando os dados obtidos entre os sistemas de aspiração aberto e fechado.

O estudo objetivou verificar a incidência de pneumonia nosocomial em pacientes intubados e sob ventilação mecânica prolongada, submetidos à aspiração endotraqueal pelos sistemas aberto e fechado, e utilizou metodologia analítica e prospectiva, com uma amostra constituída de 20 pacientes, durante um período de três meses, sendo 12 pacientes submetidos à aspiração endotraqueal pelo sistema aberto e oito pelo sistema fechado. Os autores concluem que a diferença entre os dois sistemas de aspiração não foi significativo de acordo com a análise estatística, porém a proporção de PAV é maior nos pacientes aspirados com sistema aberto (41,67%) em relação àqueles aspirados com sistema fechado (25%).

Moreira *et al*. [5] buscaram analisar as ocorrências iatrogênicas no decorrer da assistência a pacientes intubados ou traqueostomizados. Definiram ocorrências iatrogênicas como eventos potencialmente prejudiciais relacionados às intervenções daqueles que prestam cuidados aos pacientes. Os objetivos do estudo foram caracterizar as situações e os comportamentos da equipe relacionados às ocorrências iatrogênicas e identificar as conseqüências imediatas dos pacientes. Coletaram dados entre fevereiro e março de 1998, numa UTI de São Paulo, com uma amostra de 53 profissionais de enfermagem, e utilizaram, como instrumento de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada com identificação pessoal e posterior questionamento sobre o assunto, que se tratava de relato de casos sobre problemas ou falhas durante o atendimento a pacientes submetidos à ventilação mecânica na UTI. Obtiveram relatos de 91 casos completos, dentre os quais apontamos a necessidade de realização de procedimento técnico (46,1%) seguido de piora clínica súbita (39,6%). Como comportamento, 73% relataram execução incorreta de procedimentos e 12,5% falha técnica dos equipamentos, tendo, como conseqüências, extubação (24,1%) e óbito (18,6%), sendo 19,3% sem conseqüências.

O estudo de Nunes *et al*. [7] abordou a oximetria de pulso na avaliação do transporte de oxigênio em pacientes críticos. Neste estudo, a monitorização de 35 pacientes de terapia intensiva, submetidos à ventilação mecânica, permitiu estabelecer o nível de precisão de dois oxímetros de pulso de diferentes fabricantes.

O estudo teve por objetivo: 1) verificar a confiabilidade de medidas da saturação arterial de oxigênio em pacientes internados na UTI e submetidos à assistência ventilatória mecânica, utilizando a oximetria de pulso; e 2) avaliar o desempenho de dois oxímetros de pulso, de diferentes fabricantes, e estabelecer o grau de exatidão e precisão, tendo, como padrão, a hemoximetria.

O estudo foi realizado em um hospital universitário do estado de São Paulo, no período de janeiro a fevereiro de 1993. Os pacientes previamente selecionados, seguindo os critérios de inclusão, foram monitorizados com dois oxímetros de pulso simultaneamente. Os equipamentos eram: 1) dois oxímetros de pulso portáteis capazes de monitorizar a saturação da hemoglobina arterial e o pulso, baseado nos princípios da espectrofotometria e plestimografia de diferentes fabricantes, o Pulsat™ e o Satlite Trans™; e 2) um hemoxímetro capaz de medir automaticamente o total de hemoglobina, oxiemoglobina, carboximoglobina, metemoglobina e conteúdo de oxigênio numa amostra de sangue total. Relacionaram alterações na SpO2 com alguns fatores internos e externos aos pacientes, como uso de nitritos venosos, anemia, ventilação mecânica com emprego de oxido nítrico.

Concluíram que a oximetria de pulso não é um método adequado para todos os pacientes críticos nem encontraram diferenças significativas entre os oxímetros, relacionando com a hemoximetria, porém o Pulsat™ mostrou-se mais preciso às variações que o modelo Satlite Trans™.

Grossi [6] apresentou uma revisão dos estudos relativos às indicações, eficácias e efeitos indesejáveis

decorrentes do uso de sistema fechado de aspiração traqueal, tendo, como objetivo, apresentar uma revisão de pesquisas sobre o assunto organizando as informações obtidas, ressaltando os aspectos concordantes, conflitantes e apontando as causas existentes sobre o tema proposto. Durante a pesquisa, encontrou estudos sobre a manutenção da PEEP e da saturação de oxigênio, a necessidade de hiperoxigenação e relação entre o possível aumento da colonização das vias aéreas pelo uso do sistema fechado de aspiração, porém não se comprova o aumento do índice de pneumonia. Concluíram que o uso do *trach-care* é comprovadamente eficiente na manutenção da normoxia em pacientes sob ventilação mandatória-intermitente, não sendo necessária nenhuma forma adicional de oxigenação; nos pacientes sob ventilação assistida-controlada, é recomendada a utilização de fluxos inspiratórios, a partir de 25 L/min, e associação de hiperoxigenações ao sistema fechado de aspiração; nos pacientes sob ventilação controlada, o uso do *trach-care* deverá ser indicado com cautela, até que sejam realizados estudos adicionais com monitorização das pressões negativas geradas nas vias aéreas pelo uso do sistema fechado de aspiração.

Conclusões

Dos artigos analisados, foi possível destacar o cuidado de enfermagem como o enfoque principal dos estudos, tendo o caráter de prevenção associado às complicações decorrentes da atuação da equipe de enfermagem na ventilação mecânica a essência dos artigos. Aprimorar a prática de enfermagem na atenção a pacientes sob uso de suporte ventilatório é questão que deve merecer discussões e reflexões entre enfermeiros intensivistas, de tal modo que se busque essencialmente definir os fatores envolvidos na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem relacionados a este procedimento.

Apesar de os estudos demonstrarem essa preocupação, faz-se mister ressaltar que a produção científica sobre esta temática ainda é pouco expressiva pelos enfermeiros brasileiros, tendo sofrido um decréscimo nos últimos 10 anos, ainda que faça parte de um intenso e cotidiano cuidado de enfermagem nas unidades intensivas. Vemos como de fundamental importância a retomada deste campo de pesquisa, visando melhoria da assistência e reconhecimento do profissional enfermeiro na prática da ventilação mecânica.

Referências

1. Zuñiga QGP. Ventilação mecânica básica para enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2004.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddart. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2001.
3. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Associação de Medicina Intensiva Brasileira. II Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Maio, 2000.
4. Diaz RB *et al*. Avaliação do uso de filtros umidificadores higroscópicos para prevenção de pneumonia hospitalar. Acta Paul Enfermagem 2002;15(4):32-44.
5. Moreira RM, Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas com pacientes submetidos à ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva. Acta Paul Enfermagem 2001;14(2):9-18.
6. Grossi SAA. Sistema fechado de aspiração endotraqueal na prevenção de hipoxemia. Rev Esc Enfermagem USP 1995;29(1):26-33.
7. Nunes WA, Terzi RGG. Oximetria de pulso na avaliação do transporte de oxigênio em pacientes críticos. Rev Latinoam Enfermagem 1999;7(2):79-85.
8. Zeitoun SS *et al*. Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes submetidos à aspiração endotraqueal pelo sistema aberto e fechado: estudo prospectivo – dados preliminares. Rev Latinoam Enfermagem 2001;9(1):46-52.
9. Grossi SAA, Santos BMO. Prevenção da hipoxemia durante a aspiração endotraqueal. Rev Latinoam Enfermagem 1994;2(2):87-102.
10. Francisco Filho J, Cieto L, Alexandre NMC. Bird: salvação para vidas em perigo, ou uma arma contra o paciente - estudo preliminar. Rev Bras Enfermagem 1981;34(1):55-61.
11. Sinno M. Comunicaçäo em enfermagem: o paciente em uso de aparelhos de ventilação artificial [online]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1985. 121 p. [citado 2005 Nov 16]. Disponível em: URL: http://www.bvs.br/php/index.php
12. Jansen JM, Plotkowski LM. Avaliação funcional respiratória no CTI. J Bras Méd 1984;46(5):67-70.
13. Dias MD, Trivellato SV, Quintas ML, Birolini D. Uso de microdose de iodo na prevenção da contaminação de ventiladores mecânicos. Mednews 1986;4(9):11-14.
14. Borges ED, Chida AM. Ventilação artificial com auxílio do Monaghan M. 250. Enf Novas Dimens 1976;2(1):54-59.
15. Grossi SAA. Prevençäo da hipoxemia durante a aspiração endotraqueal: uma análise crítica dos métodos propostos [tese online]. Ribeirão Preto; s.n; 1993. 87 p. [citado 2005 Nov 16]. Disponível em: URL: http://www.bvs.br/php/index.php
16. Cardoso A et al. Assistência de enfermagem nos casos de insuficiência respiratória aguda. Rev Bras Enfermagem 1970;22(1/2):64-79.
17. Kannebley ZM. Ventilaçäo artificial com o auxílio do respirador Bird-Mark 7. Rev Esc Enfermagem USP 1968;2(2):20-36.
18. Kannebley ZM. Ventilaçäo artificial com o auxilio de respirador Bird-Mark 7. Rev Bras Enfermagem 1973;26(3):48-59.

19. Dalossi T. A comunicação e o paciente crítico consciente sob ventilação mecânica. Acta Paul Enfermagem 1990;3(4):156-59.
20. Chaib L. Paciente inconsciente em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI): cuidados de enfermagem. [online]. Salvador: s.n; 1992. 75 p. [citado 2005 Nov 16]. Disponível em: URL: http://www.bvs.br/php/index.php
21. Higuchi C, Camargo CA, Kazuka Y. Ventilação pulmonar: alguns aspectos de enfermagem relacionados a pacientes com aparelho de respiração artificial. Rev Bras Enfermagem 1974;27(3):315-22.
22. Tronchin DMR. A experiência de tornarem-se pais de recém-nascido prematuro [online]. São Paulo; s.n; 2003. 227 p. Disponível em: URL: http://www.bvs.br/php/index.php
23. Tronchin DMR. Intubação orotraqueal em recém-nascido pré-termo: fixação e estabilidade da cânula [online]. São Paulo; s.n; 1999. 117 p. [citado 2005 Nov 16]. Disponível em: URL: http://www.bvs.br/php/index.php
24. Silva MF. Ansiedade do paciente no período pré-operatório de revascularização do miocárdio como fator de risco de infecção [online]. São Paulo; s.n; 2002. 78 p. [citado 2005 Nov 16]. Disponível em: URL: http://www.bvs.br/php/index.php
25. Serpa LF. Complicação da nutrição enteral em pacientes de UTI: comparação entre os métodos de administração contínua e intermitente [online]. São Paulo; s.n; fev. 2001. 139 p. [citado 2005 Nov 16]. Disponível em: URL: http://www.bvs.
26. Cruz DALM, Sousa RMC, Padilha KG. Reanimação cardiorrespiratória: conceitos e condutas no atendimento do adulto. Rev Paul Enfermagem 1992;11(3):103-10.
27. Kober LM. Princípios de físico-química aplicados à enfermagem. Rev Esc Enfermagem USP 1968;2(2):93-129.
28. Fioretto JR. Uso do óxido nítrico em pediatria. J Pediatr 2003;79(2):S177-S186.
29. Suguihara C, Lessa AC. Como minimizar a lesão pulmonar no prematuro extremo: propostas. J Pediatr 2005;81(1):S69-S78.
30. Monte LFV, Silva Filho LVF, Miyoshi MH et al. Displasia broncopulmonar. J Pediatr 2005;81(2):99-110.
31. Silva DCB, Foronda FAK, Troster EJ. Ventilação não invasiva em pediatria. J Pediatr 2003;79(2):S161-S168.
32. Rotta AT, Kunrath CLB, Wiryawan B. O manejo da síndrome do desconforto respiratório agudo. J Pediatr 2003;79(2):S149-S160.
33. Lima MRO, Freire ALG, Andrade LB et al. Comparação dos níveis de pressão positiva contínua nas vias aéreas através de dois sistemas. J Pediatr 2004;80(5):401-06.
34. Viana MEG, Sargentelli GA, Arruda ALM et al. O impacto de estratégias de ventilação mecânica que minimizam o atelectrauma em um modelo experimental de lesão pulmonar aguda. J Pediatr 2004;80(3):189-196.
35. Antunes LCO, Rugolo LMSS, Crocci AJ. Efeito da posição do prematuro no desmame da ventilação mecânica. J Pediatr 2003;79(3):239-44.
36. Sfoggia A, Fontela PS, Moraes A et al. A sedação e analgesia de crianças submetidas à ventilação mecânica estariam sendo superestimadas? J Pediatr 2003;79(4):343-48.
37. Mota EM, Garcia PCR, Piva JP et al. A influência da desnutrição na utilização de ventilação mecânica em crianças admitidas em UTI pediátrica. J Pediatr 2002;78(2):146-52.
38. Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. Uso antenatal de corticosteróide e evolução clínica de recém-nascidos pré-termo. J Pediatr 2004;80(4):277-84.
39. Coimbra R, Silverio CC. Novas estratégias de ventilação mecânica na lesão pulmonar aguda e na síndrome da angústia respiratória aguda. Rev Assoc Med Bras 2001;47(4):358-64.
40. Ferreira HC, Zin WA, Rocco PRM. Fisiopatologia e manejo clínico da ventilação seletiva. J Bras Pneumol 2004;30(6):566-73.
41. Costa AD, Rieder MM, Vieira SRR. Desmame da ventilação mecânica utilizando pressão de suporte ou tubo T: comparação entre pacientes cardiopatas e não cardiopatas. Arq Bras Cardiol 2005;85(1):32-8.

Enfermagem Brasil
Maio / Junho 2007;6(3)

Revisão

O autocuidado nas vivências clínicas e sociais do enfermeiro: refletindo perspectivas da enfermagem em reabilitação

Wiliam César Alves Machado, D.Sc.*, Valéria Neves Machado**

*Membro Fundador do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental, do DEF, EEAP, UNIRIO,
**Graduanda em Enfermagem da Universidade Castelo Branco, Pólo Três Rios

Resumo

O autocuidado destaca-se no cenário da enfermagem contemporânea por se afirmar, cada vez mais, como vertente teórica voltada para o resgate de forças internas de cada cliente para realizar, com maior autonomia, atividades relativas ao suprimento de suas necessidades afetadas. Estudo bibliográfico com objetivo de discutir as implicações do autocuidado nas vivências clínicas e sociais do enfermeiro, com enfoque na reabilitação de pessoas/clientes e no resgate das responsabilidades desse profissional quanto ao acompanhamento, orientação e avaliação dos clientes/cuidadores nas realidades e contextos extramuros institucionais. Dados foram coletados referentes ao período de 1999 a 2006, nos seguintes bancos de dados informatizados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde *(LILACS)* e Base de Dados de Enfermagem *(BDENF),* tendo como base os descritores: *autocuidado*, *enfermagem, e enfermagem em reabilitação.* Conclui-se que o autocuidado vem sendo utilizado com sucesso em variados contextos de cuidar em enfermagem, carecendo de maior enfoque no ensino de graduação para que estudantes e profissionais da assistência o adotem, a fim de tornar viável a sistematização da assistência articulada e fortalecer processos de educação em saúde onde exista déficit de autocuidado.

Palavras-chave: autocuidado, enfermagem, enfermagem em reabilitação.

Abstract

The self care in nurse's clinical and social experiences: reflecting perspectives of the rehabilitation nursing

The self care is put in relief in the scenery of the contemporary nursing for affirming, more and more, as theoretical point of view aiming at rescuing internal strength of each client to carry out, with more autonomy, activities related to the supply daily needs. This is a bibliographical study whose objective is to discuss the implications of self care in nurse's clinical and social experiences, focusing in the persons/clients rehabilitation and rescue of professional's responsibilities concerning follow-up, orientation and evaluation of the clients/caregivers in outdoors institutional contexts. Data were collected from 1999

Artigo recebido em 25 de maio de 2007; aceito em 13 de junho de 2007.
Endereço para correspondência: Wiliam Alves Machado, Rua Silva Jardim, 5 Centro 25805-160 Três Rios RJ, E-mail: wilmachado@uol.com.br

to 2006, in the following databases: Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), and The Nursing Database (BDENF), based on the following descriptors: *self care, nursing and rehabilitation nursing*. We conclude that effective self care is provided in several context of nursing care, requiring more emphasis in teaching in undergraduate courses so that students and professionals may adopt it, to make possible the assistance systematization to become joined and to strengthen health education processes when self care deficit exists.

Key-words: self care, nursing, rehabilitation nursing.

Resumen

El autocuidado en las vivencias clínicas y sociales del enfermero: reflejando las perspectivas de la enfermería en rehabilitación

El autocuidado se destaca en el escenario de enfermería contemporánea por se afirmar, cada vez más, como vertiente teórica dirigida al rescate de fuerzas internas de cada cliente para realizar, con mayor autonomía, actividades esenciales básicas. Estudio bibliográfico con objetivo de discutir las implicaciones de autocuidado en las vivencias clínicas y sociales del enfermero, con enfoque en la rehabilitación de personas clientes y en el rescate de las responsabilidades de ese profesional con relación al acompañamiento, orientación y evaluación del clientes/cuidadores en las realidades y contextos institucionales extramuros. Los datos fueron colectados en el periodo de 1999 al 2006, en los siguientes bancos de datos informatizados: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILAS) y Base de Datos de Enfermería (BDENF), con base en los descriptores: *autocuidado, enfermería y enfermería en rehabilitación*. Se concluye que el autocuidado viene usándose con éxito en contextos variados de cuidar en enfermería, careciendo de mayor enfoque en los cursos de graduación. Así, los estudiantes y profesionales de la asistencia lo pueden adoptar, a fin de hacer viable la sistematización de la asistencia articulada y fortalecer procesos de educación en salud donde existe un déficit de autocuidado.

Palabras-clave: autocuidado, enfermería, enfermería en rehabilitación.

Introdução

O ensino de Enfermagem Fundamental tradicionalmente reserva espaço para apresentação e discussão junto aos estudantes de graduação, quanto aos aspectos gerais que os introduzem na esfera cognitiva das teorias de enfermagem, entre as quais se destaca a do cuidado de Dorothea Orem. No início dos programas de graduação, estudantes devem ser estimulados, ao máximo, no processo de assimilação sobre as implicações do cuidado para com o outro. Devem, também, estar abertos ao maior nível de compreensão possível do que representam as abordagens teóricas, as quais irão permear as práticas dos futuros profissionais em suas mais variadas áreas de atuação. Compete aos docentes o uso de estratégias criativas, para tornar conteúdos eminentemente teóricos em atividades dinâmicas e estimuladoras de ensino-aprendizagem. Dessa forma os estudantes serão envolvidos mentalmente com os temas discorridos a ponto de estabelecerem projeções, através de raciocínios coerentes e comparativos com a realidade em que vivem, concomitantes à apresentação de possíveis situações simuladas da prática profissional e social do enfermeiro [1].

Considerada por seu relevante papel no resgate e valorização do potencial para se auto superar que cada pessoa dispõe, tanto por despertar reações do plano físico-funcional, mental, emocional e espiritual quanto pela adequação de recursos materiais e equipamentos afins, o autocuidado desponta como das mais proeminentes abordagens teórico-prática da enfermagem contemporânea, em especial quando aplicada à área de reabilitação, pela autonomia e maior independência que a mesma confere às pessoas com limitações impostas por seqüelas ou doenças diversas.

Neste artigo, considera-se o levante de algumas reflexões pertinentes acerca do autocuidado no âmbito da enfermagem em reabilitação, focadas na multiplicidade de caracteres teórico-filosóficos e práticos dessa profissão, os quais se acredita possam contribuir para a consolidação de sólidos pilares que edificam, confirmam e preservam esta área de conhecimento no campo da ciência com roupagem humanística.

Chama-nos atenção o pensamento de Edgar Morin [2:17], quando ele diz que:

> *A cultura humanística é uma cultura genérica, que, pela via da filosofia, do ensaio, do romance, alimenta a inteligência geral, enfrenta as grandes interrogações humanas, estimula a reflexão sobre o saber e favorece a*

> *integração pessoal dos conhecimentos. A cultura científica, bem diferente por natureza, separa as áreas do conhecimento; acarreta admiráveis descobertas, teorias geniais, mas não uma reflexão sobre o destino humano e sobre o futuro da própria ciência.*

Até porque seria contra-senso a existência da enfermagem fora da concepção humanística da ordem social, sem que se estabelecessem estreitos vínculos com a diversidade humana, aliás, seu maior laboratório intuitivo/científico de produção e reflexão acerca de novos conhecimentos aplicados ao cuidar do outro.

Ressalta-se o quanto pertinente para a contemporaneidade se mostra o discutir a magnitude do autocuidado, enquanto abordagem da prática clínica e social do enfermeiro. Principalmente, quando se trata de compartilhar conceitos, esquemas teóricos, marcos referenciais, técnicas e pontos de vista acadêmicos em sua aplicabilidade, de grande interesse para estudantes de graduação, docentes, pesquisadores e profissionais que atuam na assistência institucionalizada e/ou domiciliária.

Por prática clínica do enfermeiro, neste estudo, compreende-se todo o processo de assistência de enfermagem que requer desse profissional o planejamento, execução e avaliação de intervenções voltadas para minimizar efeitos e sintomas causados por doenças ou respostas orgânicas a tratamentos de saúde, com vistas ao alcance de condições estáveis de autonomia para o autocuidado. Enquanto que por prática social do enfermeiro entende-se todo empenho desse profissional na proposição e execução de iniciativas públicas para a promoção da saúde e prevenção de fatores geradores de desequilíbrio nas dimensões homeostática, psíquica, social e espiritual das pessoas; elementos que comprometem o suprimento das necessidades de autocuidado.

O objetivo do presente estudo é discutir as implicações do autocuidado nas vivências clínicas e sociais do enfermeiro, com enfoque na reabilitação de pessoas e no resgate das responsabilidades desse profissional quanto ao acompanhamento, orientação e avaliação dos clientes/cuidadores, além muros institucionais.

Materiais e métodos

Trata-se de revisão da literatura, abrangendo o período de 1999 a 2006, nos seguintes bancos de dados informatizados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Na busca sistemática, utilizamos as palavras-chave: *self care*, *autocuidado*, *nursing, enfermagem, rehabilitation nursing* e *enfermagem em reabilitação.* Após a captação, nova busca foi realizada, com o cruzamento das palavras-chave identificadas, em artigos que atendiam aos objetivos deste estudo. Ademais, foi realizada busca não-sistemática de publicações científicas, referentes à temática, que pudessem contribuir para a delimitação das necessidades de autocuidado de clientes/pessoas que recebem assistência de enfermagem, tanto em contextos institucionais como domiciliares.

Dimensão teórico-prática do autocuidado

Referendando fortes vínculos existentes entre o autocuidado e a reabilitação, Costa e Maruyama [3] sugerem que o processo de reabilitação desenvolvido pelo profissional de enfermagem deve visar à continuidade do tratamento, desenvolver a capacidade de aprendizado para o autocuidado, contribuir para o retorno da pessoa às suas atividades, incentivar a ajustar-se ao novo estilo de vida e assegurar o empenho da família e da comunidade no processo de reabilitação. Necessariamente, implica responsabilidades a serem assumidas pela família, cuidadores e a comunidade, convergindo esforços para que indivíduos, com deficiências ou incapacidades para se autocuidar, tenham asseguradas prerrogativas de cuidados a serem oferecidos por eles, devidamente orientados por enfermeiros que atuam nos serviços básicos de saúde. Fazendo valer a responsabilidade social do enfermeiro no exercício de suas atividades clínicas, no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e mobilizando equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) para o atendimento das demandas de autocuidado das pessoas em seus domicílios e nas comunidades.

Vale ressaltar que a reabilitação não se dá com a simples passagem de um estado de desabilidade para um estado de habilidade, ou de incapacidade para a capacidade, salientam Lussi, Pereira e Pereira [4]. Tais noções não se sustentam quando descontextualizadas da estrutura de determinantes presentes nos locais em que ocorrem as intervenções, o que leva a pensar que a reabilitação é ampliada de acordo com as possibilidades de estabelecimento de novas ordenações para a vida. Desse modo, não

há um limite delimitador dos que passaram a estar aptos e não aptos à vida, seja ela no âmbito pessoal, social, ou familiar. Estar apto para o autocuidado, vai depender, direta ou indiretamente, do que for empenhado pelo enfermeiro em termos de orientações, acompanhamento e avaliação.

A reabilitação é um processo dinâmico, contínuo, progressivo e, principalmente, educativo, tendo como objetivos a restauração funcional do indivíduo, sua reintegração à família, a comunidade e a sociedade [5]. No processo de reabilitação, o ensino do cliente é um aspecto essencial da assistência de enfermagem a ele. Deve-se ensinar as pessoas a viver de modo mais saudável, ou seja, tentar atingir o potencial máximo de saúde do indivíduo. O ensino a essas pessoas está relacionado com o proporcionar informações em relação aos cuidados nos aspectos físico, psicológico, social e espiritual tão efetiva, durante o período em que se estiver internado, quanto de seu sistemático acompanhamento e avaliação após a alta hospitalar [3].

Definitivamente, não vislumbramos outra abordagem teórica na esfera da enfermagem que caracterize com mais propriedade tamanha articulação de saberes e fazeres dessa profissão que os enunciados de Dorothea Orem, uma vez que seus preceitos nos parecem propor a feitura de uma espécie de teia, capaz de atrair e decodificar elementos indissociáveis do mesmo corpo de conhecimentos, conferindo-lhes significado e coerência seminais. Aliás, o mesmo construto que tendemos fragmentar por falta do hábito de pensar, assimilar e aplicar na prática cotidiana de cuidar, medidas criteriosas com sistematicidade para lhe conferir caráter científico, além de compatibilizá-lo com a visão holística do outro. Humanização e holismo constituem terminologias muito freqüentes em nosso discurso verbal, porém, pouco visíveis em nossas intervenções profissionais.

Defendido por Orem [6], como prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, o autocuidado é essencial para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Fazeres e saberes pautados num modelo teórico voltado para a integridade, nas funções e desenvolvimento humano. Propósitos esses expressos através de ações denominadas requisitos de autocuidado.

A demanda terapêutica de autocuidado, segundo Cade [7], é caracterizada a partir do levantamento dos requisitos de autocuidado ou requerimentos para a ação, e é definido como tudo aquilo necessário para a regularização do funcionamento e desenvolvimento humano. Estes requisitos são agrupados em três categorias – universal, de desenvolvimento ou desenvolvimental, e de desvio de saúde – que geralmente guardam relação entre si. Aliás, imprescindíveis para articulação de ações de extrema importância, focadas no progressivo estímulo das pessoas no aderir atividades educativas para a promoção da saúde, equilíbrio harmônico entre as funções corpóreas e os pensamentos, com vistas na máxima capacitação para suprir as próprias necessidades de autocuidado.

Os requisitos universais estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Eles são comuns a todos os seres humanos, durante todos os estágios do ciclo vital, como as atividades da vida diária ou do cotidiano, por exemplo. Enquanto os requisitos de desenvolvimento ou desenvolvimentais são expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum evento, por exemplo, a adaptação a um novo trabalho ou adaptação a mudanças físicas não associadas às doenças. Por complemento, o requisito de desvio de saúde é exigido em condições de doença, incapacidade funcional, ferimento ou moléstia, ou pode ser conseqüência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição.

Faz-se mister ressaltar, portanto, aspectos relativos ao componente mental das pessoas e sua relação com a capacidade das mesmas em reagir para superar tais limitações e suprir necessidades afetadas. Nessa perspectiva, o maior balanceamento e controle, que se estabelece com o ininterrupto fluxo do pensar, estarão diretamente associados aos resultados advindos de esforços pessoais para se alcançar metas do autocuidado. Deve-se trabalhar o fortalecimento da energia interna que habita a todos indistintamente, fazendo com que as pessoas acreditem que são capazes de reagir e superar o aparentemente impossível em termos de capacidade/habilidade para o autocuidado.

Linha de raciocínio centrada no mental em cuja perspectiva se enquadram as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, atribuindo ênfase ao componente pensamento como fator decisivo para suprimento de necessidades humanas em instâncias diversas. Assim, necessidades psicobiológicas são aquelas relacionadas à oxigenação, circulação, termorregulação, integridade tecidual,

percepção sensorial, alimentação e hidratação, eliminação, sono e repouso, atividade física, higiene, abrigo, integridade física, funcionalidade e sexualidade. Ao passo que necessidades psicossociais são aquelas relacionadas à segurança, acessibilidade, comunicação, interação social, lazer e recreação, auto-estima e auto-realização. E as necessidades psicoespirituais como aquelas relacionadas ao equilíbrio e sintonia da dimensão interior ou espiritual de cada um de nós [8].

A propósito da força da mente humana, do alinhamento e sintonia interna seminais para o bom andamento dos processos de autocuidado, reporta-se à Jeanne Achterberg [9:86) quando ela diz: "Cada pensamento é acompanhado por uma mudança eletroquímica; o pensamento é isso: uma modificação eletroquímica". Da mesma forma pertinente se nos mostra a compreensão de Diane Ackerman [10:19] ao esclarecer que:

> *A maioria das pessoas pensa na mente localizada na cabeça, mas as últimas descobertas da fisiologia sugerem que a mente não se encontra exatamente no cérebro, mas percorre o corpo em caravanas de hormônios e enzimas, ocupadas em dar sentido às maravilhas que catalogamos com tato, paladar, olfato, audição e visão.*

Ousando ainda mais e mirando-se nas concepções de Steiner [11:122], acrescenta-se:

> *Enquanto o homem está ativo como ser pensante, são os processos de pensamento que o tornam interiormente um ser sólido. Nossos pensamentos são, de certa forma, nossa estrutura óssea interior. O homem tem pensamentos determinados e bem delimitados; nossos sentimentos, do contrário, são imprecisos, oscilantes, diferindo de um homem para outro. Os pensamentos formam inclusões sólidas no sistema dos sentimentos.*

Essas importantes contribuições, acerca das propriedades dos caminhos trilhados pela nossa mente, em muito nos ajudam a compartilhar experiências de cuidar do outro de forma plena, consciente e solidária.

Sabe-se que a Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar. A atividade de autocuidado constitui uma habilidade (coordenada) para engajar-se em autocuidado. A exigência terapêutica de autocuidado constitui a totalidade de ações de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e ações [6].

Noutra leitura do pensamento de Orem, Farias e Nóbrega [12] compreendem o autocuidado como a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter, promover, recuperar e/ou conviver com os efeitos e limitações desses comprometimentos da saúde, contribuindo, assim, para a sua integridade, funcionamento e desenvolvimento. A capacidade que o indivíduo tem para cuidar de si mesmo é chamada de intervenção de autocuidado, e a capacidade de cuidar dos outros é chamada de intervenção de cuidados dependentes. Sendo assim, no modelo de Orem, a meta é ajudar as pessoas a satisfazerem suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado.

Portanto, a teoria do autocuidado de Orem tem, como premissa básica, a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo, e que pode se beneficiar com o cuidado da equipe de enfermagem quando apresentar incapacidade de autocuidado ocasionado pela falta de saúde.

Quanto à Teoria do Déficit do Autocuidado, ressalta-se que o déficit das pessoas para o autocuidado é o que faz da enfermagem prioridade na rotina diária de pessoas com deficiência, ou mesmo aquelas acometidas de algum processo de doença crônico-degenerativa, através dos quais não conseguem sozinhas estabelecer controle dos comandos cerebrais para o desempenho de movimentos necessários para cuidar-se. Ainda que, por razões diversas, essas pessoas possam não ser diretamente cuidadas e/ou orientadas pelo enfermeiro acerca de suas necessidades de cuidados diários, há que se considerar o essencial papel do mesmo, planejando a assistência de enfermagem a ser prestada a cada cliente, uma vez pautada na legislação do exercício profissional em vigor no Brasil, que lhe confere caráter exclusivo para tal. Assim, onde se fizer necessário plano de atividades em torno do cuidado de enfermagem para com pessoas em situação de dependência da ajuda de outrem, compete ao enfermeiro exercer as funções técnico-científicas próprias de sua formação

e competência profissional, tanto no âmbito dos serviços institucionalizados como nos processos de educação para a saúde e capacitação de cuidadores domiciliários.

Segundo Torres, Davim, Nóbrega [13], a teoria de déficit de autocuidado constitui a essência da teoria de Orem, quando a enfermagem passa a ser uma exigência a partir das necessidades de um adulto, e quando o mesmo acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz. Esses cuidados podem ser oferecidos pela enfermagem quando as habilidades para cuidar sejam menores do que as exigidas para satisfazer uma exigência conhecida de autocuidado; ou habilidades de autocuidados ou de cuidados dependentes excedam ou igualem às exigidas para satisfazer a demanda atual de autocuidado, embora uma relação futura de deficiência possa ser prevista devido às diminuições previsíveis de habilidades de cuidado.

Na teoria do déficit do autocuidado, Orem identificou cinco métodos de ajuda: 1) agir ou fazer para o outro; 2) guiar o outro; 3) apoiar o outro (física, psicológica ou espiritualmente); 4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e 5) ensinar o outro [13]. Vale lembrar que aspectos relativos ao domínio espiritual dos clientes podem perfeitamente ser supridos pelo enfermeiro, a partir do momento em que o mesmo esteja em paz consigo e em harmonia com a natureza universal. Condição viável a todos os seres humanos que se disponham a servir a humanidade, não estando, portanto, circunscrita ao domínio de sacerdotes religiosos.

O déficit de autocuidado está presente de forma mais visível, clara e objetiva, no dia-a-dia das pessoas com deficiência e/ou aquelas em processo de reabilitação, considerando as evidencias se apresentarem incapacitadas em termos de autonomia funcional para atividades da vida diária (AVDs), por exemplo. O que as torna dependentes de ajuda para cuidados básicos, de médio para longo prazo, e mais evidente o papel do enfermeiro na resolução de problemas afetos à dependência dos potenciais usuários dos serviços de enfermagem.

A Teoria de Sistemas de Enfermagem cumpre seu papel na intenção de atribuir ao autocuidado caráter sistemático e atender às exigências metodológicas de pesquisa compatível aos rigores acadêmicos, quando Orem [6], auspiciosamente, propôs vestir suas concepções com roupagem da teoria geral dos sistemas, já utilizada com êxito noutras abordagens teóricas de várias áreas de conhecimento. O sistema de enfermagem planejado pelo profissional com base em Orem, segundo Torres, Davim, Nóbrega [13], está baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade do cliente para a execução de atividades de autocuidado. Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem que são os seguintes: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

O sistema de enfermagem totalmente compensatório é representado pelo indivíduo incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado. O enfermeiro, através de suas ações, vai atuar na ação limitada do cliente, conseguindo o autocuidado do mesmo, compensando sua incapacidade para a atividade de autocuidado através do apoio e da proteção ao cliente. O sistema de enfermagem parcialmente compensatório está representado por uma situação em que, tanto o enfermeiro quanto o cliente executam medidas ou outras ações de cuidado que envolvem tarefas de manipulação ou de locomoção. Através de sua ação, o enfermeiro efetiva algumas medidas de autocuidado pelo cliente, compensa suas limitações de autocuidado, atendendo a pessoa conforme o exigido. O cliente age, realizando algumas medidas de autocuidado, regula suas atividades e aceita atendimento e auxílio do enfermeiro. Finalmente, o sistema de enfermagem de apoio-educação ocorre quando o indivíduo consegue executar, ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, regula o exercício e desenvolvimento de suas atividades de autocuidado, e o enfermeiro vai promover esse indivíduo a um agente capaz de se autocuidar.

Para tecer acabamento coerente da Teoria do Autocuidado, Orem procurou amarrar seus preceitos ao processo de enfermagem, preocupada em atender apelos da academia para viabilizar a sistematização da assistência de enfermagem. Antevendo solucionar o histórico hábito de não se preocupar com registros do que se faz na prática clínica de enfermagem, Orem demarcou o processo de enfermagem como parte indissociável do autocuidado enquanto abordagem teórica. Ao associar a idéia de sistematização da assistência de enfermagem ao autocuidado, ela avançou no tempo sugerindo elaboração de criterioso registro das atividades desenvolvidas ao longo do

processo de cuidar e/ou orientar clientes, familiares ou cuidadores domiciliares. O processo de enfermagem de Orem, no entender de Torres, Davim, Nóbrega [13] é um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis do cliente ou do enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado.

Para a elaboração do "Planejamento da assistência de enfermagem", enfatiza Diogo [5], devemos considerar os recursos disponíveis em relação ao ambiente físico, aos equipamentos como o uso de acessórios e ao recurso pessoal, compreendido como enfermagem, família, serviços de apoio, entre outros. O plano de enfermagem não é estático e, portanto, requer uma revisão contínua e coleta de dados adicionais a partir da avaliação inicial. Os objetivos a serem alcançados são traçados junto ao cliente, em termos do seu desempenho esperado após a intervenção de enfermagem.

O processo de enfermagem proposto por Orem [6] compreende as seguintes etapas: a) – corresponde ao diagnóstico e prescrição, que determina as necessidades ou não de cuidados de enfermagem. O enfermeiro realiza a coleta de dados do indivíduo. Os dados específicos são reunidos nas áreas das necessidades de autocuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde do indivíduo, bem como, o seu inter-relacionamento. São também coletados dados acerca dos conhecimentos, habilidades, motivação e orientação da pessoa; b) – corresponde ao planejamento dos sistemas de enfermagem, bem como do planejamento da execução dos atos de enfermagem. O enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação; e, c) – inclui a produção e execução do sistema de enfermagem, onde o enfermeiro pode prestar auxílio ao indivíduo (ou família) no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde. Esta etapa inclui a evolução, onde, juntos, cliente e enfermeiro, realizam a avaliação. A evolução é um processo contínuo, e é fundamental que o enfermeiro e o cliente avaliem quaisquer modificações nos dados que afetariam o déficit de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de enfermagem.

Produção e divulgação de conhecimento de enfermagem sobre o autocuidado

Confirmando a vasta aplicabilidade das concepções de Orem, nos contextos de cuidar em enfermagem, é interessante observar na dissertação de mestrado, da Universidade de Brasília, o fato de que Neves [8] contempla com efetiva pertinência a elaboração de diagnósticos de enfermagem a clientes lesados medulares hospitalizados, fundamentado nos referenciais teóricos de Horta e nos diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Estudo desenvolvido junto a 25 pessoas com lesão medular, internados em uma unidade de reabilitação de um hospital público do Distrito Federal, de cujos dados emergiram as categorias de necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Das quais destacam-se os indicativos da categoria necessidade psicoespiritual, representada por uma subcategoria de necessidade: estado espiritual, reafirmando que, também, devemos tratar daquilo que pertence a dimensões suprasensíveis da condição humana.

Foram encontrados 20 diagnósticos de enfermagem no estudo de Neves [8], com freqüências superiores a 50 por cento, sendo, assim, distribuídos em cada subcategoria: alteração da atividade física – mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado para banho/higiene, déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, déficit no autocuidado para higiene íntima; alteração na eliminação – constipação, incontinência intestinal, incontinência urinária total; alteração na percepção sensorial – dor aguda, percepção sensorial perturbada: tátil e risco para disreflexia. O que corrobora com o discorrido ao longo deste artigo, bem como presente nas incursões sobre autocuidado de pessoas com deficiência adquirida em ambientes domiciliários investigadas por Machado e Figueiredo [14].

Uma revisão bibliográfica, de artigos publicados em periódicos da área sobre o tema autocuidado, mostra-nos crescente interesse em contextualizar a realidade vivenciada por idosos, com insuficiência renal crônica, submetidos ao tratamento dialítico [15]. Na mesma perspectiva, Pacheco, Santos e Bergman [16] consideram que a doença renal crônica (DRC) tornou-se um dos grandes problemas de saúde pública por suas crescentes taxas de prevalência. Suas principais causas são diabetes mellitus e hipertensão arterial. Pessoas com DRC alteram sua dieta e o controle de indicadores de saúde, o que interfere no seu tratamento e reforça a importância de abordagem educativa aos clientes, visando o autocuidado.

Abordando proposta de sistematização da assistência de enfermagem, com enfoque na teoria do déficit do autocuidado para adultos que sofrem de asma brônquica, Monteiro, Nóbrega e Lima [17] revelam o quanto diversificado podem ser os recortes da prática clínica para os estudos e investigações científicas. Estudos relevantes para a área de conhecimento e imperativos para o atendimento das demandas sociais no âmbito do autocuidado.

Por outro lado e dando novos contornos ao cuidado de enfermagem, Rabelo e Padilha [18] detectaram déficits de autocuidado de clientes diabéticos, trabalhando-os de maneira lúcida, a partir do identificado nas consultas, como déficits compensáveis e na implementação de jogos educativos, fazendo valer a força da arte lúdica no despertar de potencialidades para se autocuidar. De forma participativa e grupal, a ludoterapia promoveu um contexto educativo que permitiu a interrelação dos clientes, promovendo intercâmbio das experiências vivenciadas. Enfocado em respostas sobre as relações entre o trabalho, o autocuidado e gênero em clientes com Diabetes Mellitus (DM), o estudo de Santos [19] chega a conclusão que a sexualidade, as relações de poder entre os gêneros e o processo produtivo articulam-se entre si e determinam interferências no autocuidado de mulheres e homens que sofrem de diabetes mellitus.

Da mesma forma envolvidos na promoção qualitativa do cuidado/assistência de enfermagem na esfera hospitalar, ressaltam-se incursões acadêmicas voltadas para a minimização das pendências quanto ao cuidado em unidades cirúrgicas, mais especificamente as relativas à identificação dos clientes/famílias/cuidadores que apresentam resistência em aderir às orientações fornecidas para o autocuidado durante o período de internação. Friedlander e Lage [20], estudando comportamento de clientes submetidos à cirurgia de correção de hérnia abdominal, no pós-operatório mediato, sugerem o implemento de visitas domiciliárias (VD), no período do 2º ao 13º dia pós operatório, para identificação das condições ambientais do domicílio com respectivas adequações para que o cuidado seja realizado de forma correta. Ressalta-se também o estudo de Lima e Araújo [21], acerca de medidas para o autocuidado com clientes que realizaram revascularização do miocárdio (RM), procedimento de alta complexidade e risco de morte, sobremodo superáveis considerando o importante papel da família/cuidadores em aderir e participar efetivamente das orientações para o autocuidado.

No âmbito da promoção da saúde da mulher, Menezes, Castro e Diógenes [22], estudaram os fatores que interferem na realização do autocuidado após cauterização do colo uterino, no qual se verificou que as mulheres apresentam déficit de autocuidado relacionado à pouca compreensão do uso da medicação, tendo em vista o baixo nível educacional. Também evidenciaram a falta de colaboração do parceiro que não aceita a abstinência sexual durante o tratamento. O estudo propõe um roteiro com informações básicas e um folder explicativo, a fim de orientar as mulheres para o autocuidado, visando à cicatrização da ferida do colo uterino. Ressalta-se ainda a necessidade de conscientização dos profissionais da área, para valorização da cliente como um todo, preconizando o enfoque educativo.

Reabilitar no entender de Costa e Maruyama [3], significa preparar os colostomizados para lidar com todos os medos, fantasias e ansiedades, reintegrando-os às condições de vida, o que pode ser alcançado pela implementação de programas educacionais. Na mesma área da estomaterapia, estudos, como o de Farias, Gomes e Zappas [23] ajudam a identificar as alterações causadas por uma ostomia no viver de seus portadores, verificando que estes pacientes tem sua perspectiva de vida alterada, precisam adaptar-se ao uso de equipamentos, sentem medo da nova situação, tem sua imagem corporal desfeita, sua auto-estima diminuída e sua sexualidade comprometida, perdem o controle sobre o corpo e sentem-se estigmatizados. Algumas pessoas afastam-se do seu convívio, enquanto outras se fazem mais presentes como forma de apoio. Verificou-se que são complexas as alterações causadas pela ostomização e que a compreensão destas pelo enfermeiro tornam-se importantes no sentido de propiciar o planejamento de um cuidado mais efetivo, humano e de qualidade.

Complementando sob o ponto de vista educativo, Menezes e Rosa [24] elaboraram estudo reflexivo sobre as práticas educativas em saúde que proporcionam o resgate da dimensão humana do cuidado, além de assegurar ao enfermeiro o papel de cuidador e, sobretudo, o de educador para a saúde. Na intenção de rever conceitos pertinentes à relação "ser cuidado" e ser "cuidador" e discutir o papel das práticas educativas em saúde como instrumento potencializador do autocuidado, o estudo trouxe importante contribuição para a enfermagem no sentido de ampliar a compreensão das implicações desse rico processo interacional.

Conclusões

Como pôde ser constatado nos estudos realizados por enfermeiros em diversas áreas da prática clínica e social do autocuidado, referendados neste artigo de revisão bibliográfica, o compromisso desse profissional não se restringe ao que se realiza nos contextos institucionais para cuidar, orientar e avaliar clientes, familiares e/ou cuidadores, mas projeta-se em perspectivas direcionadas a prepará-los para agir corretamente, dando continuidade aos procedimentos para cuidar no âmbito domiciliário. Vale ressaltar que o preparo para o autocuidado em casa deve ser iniciado o quanto antes, na intenção de abarcar maior variedade de aspectos viáveis de dúvidas acerca de como proceder na ausência do enfermeiro. Aliás, na esfera da enfermagem em reabilitação, o investimento do enfermeiro deve ser mais amplo, considerando serem esses clientes potenciais para cuidado de longo prazo, implicando diretamente no autocuidado da pele, mucosas, eliminações e ingestas, higiene, conforto, postura, equilíbrio, atividades da vida diária, entre outros.

Pode ser bem mais proveitoso para toda sociedade, se as instâncias acadêmicas das instituições de ensino superior, públicas e particulares, promovessem regularmente oferta de cursos de difusão cultural, voltados para atender demandas sociais de autocuidado, a exemplo dos disponíveis em algumas escolas de enfermagem Brasil afora. Abertos o suficiente para atender o público alvo, constituído de maiores de 18 anos que tenham completado o Ensino Fundamental (1º grau) e que atuem e/ou estejam interessados em atuar com idosos dependentes, pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, entre outros, na intenção de conferir domínio para o cuidado e orientação para o autocuidado. Cursos com abordagens temáticas focadas em orientações básicas para o cuidado com idosos, hipertensos, diabéticos, pessoas com deficiência física (DF), deficiência auditiva (DA), deficiência visual (DV), entre outros recortes, efetivamente, atribuiriam coerência social ao papel das universidades no atual panorama histórico-político das instituições de ensino, pesquisa e extensão. Muitos seriam os benefícios por eles propagados em termos de tornar acessível conhecimentos para habilitar as pessoas para o autocuidado, aliás, saberes de pleno domínio dos enfermeiros e devidamente respaldados na legislação vigente.

Este estudo propiciou um descortinar de incursões acadêmicas sobre a utilização da abordagem do autocuidado para referendar a prática de cuidar no âmbito da enfermagem em diversificados contextos, demonstrando sua viabilidade e satisfatória aplicação quando se pretende compreender mais a fundo os aspectos teóricos implícitos no conjunto de significados objetivos e subjetivos que permeiam esse saber e fazer. Pode-se sugerir aos docentes da área fundamental de enfermagem atribuição de maior destaque aos pressupostos teóricos de Dorothea Orem, para que estudantes de graduação e futuros profissionais a exercer função de responsáveis pela qualidade do cuidado despertem interesse em se aprofundar na teoria do autocuidado, fazendo uso adequado desse arcabouço de conhecimentos em prol da promoção da vida e saúde de seus clientes.

Referências

1. Machado WCA. Reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro. In: Geovanini T, Moreira A, Dornelles S, Machado WCA. História da Enfermagem: versões e interpretações. 2a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
2. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Traduzido por: Eloá Jacobina. 3a ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 2001.
3. Costa IG, Maruyama SAT. Implementação e avaliação de um plano de ensino para a auto-irrigação de colostomia: estudo de caso. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(3):557-63.
4. Lussi IAO, Pereira MAO, Pereira Junior A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? Rev Latinoam Enfermagem 2006;14(3):448-56.
5. Diogo MJDE. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. Rev Latinoam Enfermagem 2000;8(1):75-81.
6. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 4a ed. Saint Louis: Mosby; 1991.
7. Cade NV. A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. Rev Latinoam Enfermagem 2001;9(3):43-50.
8. Neves RS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes lesados medulares segundo o modelo conceitual de Horta e a taxonomia II da NANDA [Dissertação]. Brasília: UnB; 2003. xiv,170 p.
9. Achterberg J. A imaginação na cura: xamanismo e medicina moderna. Traduzido por: Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Summus; 1996.
10. Ackerman D. Uma história natural dos sentidos. Traduzido por: Ana Zelma Campos. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1992.
11. Steiner R. A fisiologia oculta. Traduzido por: Sonia Setzer. 3a ed. São Paulo: Antroposófica; 2003. 191 p.
12. Farias MCA, Nóbrega MML. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. Rev Latinoam Enfermagem 2000;8(6):59-67.

13. Torres GV, Davim RMB, Nóbrega MML. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. Rev Latinoam Enfermagem 1999;7(2):47-53.
14. Machado WCA, Figueiredo NMA. Reabilitação da pessoa com deficiência adquirida: o cuidado de enfermagem como impulso para transcender o aparentemente impossível. Enfermagem Brasil 2003;2(5):277-86.
15. Oliveira DR, Tuoto FS, Lenardt MH. As práticas de cuidado de si dos doentes idosos submetidos ao tratamento dialítico. Cogitare Enfermagem 2000;5(2):75-80.
16. Pacheco GS, Santos I, Bregman R. Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado. Rev Enfermagem UERJ 2006; 14(3):434-439.
17. Monteiro EMLM, Nóbrega MML. Autocuidado e o adulto portador de asma: sistematização da assistência de enfermagem. Rev Bras Enfermagem 2002; 55(2):134-39.
18. Rabelo SL, Padilha MICS. Compreensão dos déficits de autocuidado a partir da prática assistencial. Texto & Contexto Enfermagem 2000;9(2):312-23.
19. Santos RB. Autocuidado e gênero em diabetes mellitus: uma abordagem de enfermagem. Rev Baiana Enfermagem 2003;18(1/2):39-50.
20. Friedlander MR, Lage OC. O acompanhamento do paciente pós cirúrgico por meio da visita domiciliária. Acta Paul Enfermagem 2003;16(1):49-55.
21. Lima FET, Araújo TL. Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularização do miocárdio. Rev Bras Enfermagem 2005;58(5):519-23.
22. Menezes AF, Castro ME, Diógenes MAR. Autocuidado para a cicatrização da ferida de colo de útero. Rev Enfermagem UERJ 2006;14(2):214-20.
23. Farias DHR, Gomes GC, Zappas S. Convivendo com uma ostomia: conhecendo para melhor cuidar. Cogitare Enfermagem 2004;9(1):25-32.
24. Menezes GAC, Rosa RSD. Práticas educativas em saúde: a enfermagem revendo conceitos na promoção do autocuidado. REME Rev Min Enferm 2004; 8(2):337-40.

Enfermagem Brasil
Maio / Junho 2007;6(3)

Revisão

O poder na saúde: a ideologia da dominação

Sérgio Ribeiro dos Santos, D.Sc.*

**Professor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração da UFPB, Discente do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPB*

Resumo

Este artigo tem o objetivo de analisar a relação de poder existente na saúde, especificamente, o domínio do médico sobre os outros profissionais que cuidam dos pacientes. A análise parte de uma perspectiva sociológica, à luz da interpretação foucaultiana. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, no qual se abordam os seguintes aspectos: perspectiva histórica da medicina; ciências médicas e profissões médicas; o poder do médico e a visão de Foucault.

Palavras-chave: poder, ideologia, medicina.

Abstract

The power in the health: the ideology of dominance

This article has as objective to analyze the relationship of existent power in the health, specifically, the doctor's control over other professionals who care for patients. The analysis is based on a sociological perspective, in the light of Foucault interpretation. It is an exploratory-descriptive study, in which the following aspects are approached: historical perspective of medicine; medical sciences and medical professionals; the doctor's power and Foucault's vision.

Key-words: power, ideology, medicine.

Resumen

El poder en la salud: la ideología de la dominación

Este artículo tiene el objetivo de analizar la relación de poder existente en la salud, específicamente, el dominio del medico sobre los otros profesionales que cuidan de los pacientes. El análisis se basa una perspectiva sociológica, a la luz de la interpretación foucaultiana. Es un estudio exploratorio descriptivo, en el cual los siguientes aspectos son abordados: la perspectiva histórica de la medicina; las ciencias médicas y las profesiones médicas; el poder del médico y la visión de Foucault.

Palabras-clave: poder, ideología, medicina.

Artigo recebido em 14 de fevereiro de 2007; aceito em 15 de maio de 2007.
Endereço para correspondência: Sérgio Ribeiro dos Santos, Rua David Luna, 117/207 Brisamar, 58033-090 João Pessoa PB, E-mail: srsantos@jpa.neoline.com.br

Introdução

Este estudo levanta algumas questões as quais, confrontadas com o momento histórico, exigem uma reflexão. Apesar de vivermos no século da pós-modernidade, o poder exercido pelo médico em relação aos outros profissionais da saúde ainda é muito forte. Tal fato leva essa categoria a sobressair-se hegemonicamente em relação aos demais profissionais da mesma área de atuação. Como resultado dessa hegemonia, a autonomia funcional das demais categorias profissionais da saúde fica comprometida e, até mesma, eliminada.

Cabe salientar que, no Brasil, existem 152 cursos de medicina. O Estado da Paraíba já dispõe de quatro cursos de medicina, devendo ser criado mais um em 2007. Com isso, a quantidade de profissionais médicos que estão sendo formados a cada ano é maior do que o número registrado em muitos países desenvolvidos. Ante essa constatação, impõe-se fazer os seguintes questionamentos: Será que a população pode sentir-se segura quanto a esse saber? Será que os futuros médicos têm a consciência de que não aprenderam o bastante? De que existem graves limitações para o exercício profissional da medicina? Na realidade, percebe-se que a formação hoje oferecida não capacita o futuro médico para o diagnóstico e tratamento das doenças, mas requerer a observância das normas e valores do profissionalismo.

As tentativas de reformar o sistema médico não têm sido consistentes. Cite-se, como exemplo, o Ato Médico (PLS 025/2002). Trata-se de um projeto elaborado, de forma corporativista, por alguns setores da medicina, ora em tramitação no Congresso Nacional. A proposta representa um imenso retrocesso no campo do conhecimento e das práticas em saúde, pondo por terra a perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, hoje, consolidada e reconhecida amplamente pela sociedade brasileira. Ao buscar, de forma prepotente, assegurar a hegemonia médica sobre o conjunto das profissões da área da saúde, o citado projeto coloca os interesses corporativos acima dos interesses da sociedade e da promoção de saúde da população brasileira.

O PL 025 tem cinco artigos, dentre os quais destacaremos o art. 1º. e seus incisos. Esse artigo define o que deve ser considerado como atenção primária (profilática), secundária (procedimentos de diagnóstico e prescrição terapêutica) e terciária (recuperação e reabilitação). Nesta perspectiva, os procedimentos passíveis de serem compartilhados com os demais profissionais da área de saúde seriam os da atenção primária e terciária. Significa que outros profissionais da área da saúde, segundo o projeto de lei, não estariam aptos para realizar procedimentos diagnósticos e indicações terapêuticas.

Conforme se depreende da leitura do projeto, a mudança que se pretende fazer é condicionar à autorização do médico o acesso aos serviços de saúde e estabelecer uma hierarquia entre a medicina e as demais profissões da área. Para Landmann [1], são propostas que permitem o respaldo necessário para a vida num sistema social, que é a fonte de nossos males. Contraditoriamente, os médicos criticam a atual estrutura social, devotando seus esforços para alterá-la e assegurar a estabilidade do sistema.

Durante muitos anos, os médicos detinham um saber-fazer que hoje, por força da expansão do conhecimento e da demarcação de núcleos de competência, é compartilhado por outros profissionais. O ensino tem a missão de desenvolver competências que não podem se limitar à formação inicial, mas prolonga-se por toda a vida profissional, sendo vinculada à responsabilidade social, contribuindo para a evolução da sociedade [2]. Mas, no texto divulgado pelo Conselho Federal de Medicina, existe uma afirmação que causa espécie. Segundo consta, o campo da saúde sofreu, nos últimos anos, uma explosão de conhecimentos e de profissões que ameaça a delimitação inerente à medicina e ao saber-fazer médico. Tal argumento trata a diversidade de saberes e práticas como ameaça pletora de profissionais e campos de conhecimento. Reveste-se de um grande temor à sobreposição das funções na área da saúde, chamando a atenção para a necessidade de delimitar campos para estabelecer competências.

Nesse contexto, algumas perspectivas de ação precisam ser analisadas para que se possa compreender a relação de poder dominante na medicina. Não se pode negar que as definições legais e normativas do ato médico devem respeitar as instâncias superiores do setor de saúde, assim como a regulamentação específica de cada profissão. É inquestionável que todas as profissões devem ter suas formalidades legais, à luz das transformações jurídicas e sociais, respeitando as competências e as conquistas de cada área de conhecimento.

Objetivo

Este artigo tem o objetivo de analisar a relação de poder existente na saúde, especificamente, o do-

mínio do médico sobre os outros profissionais que cuidam dos pacientes.

Material e métodos

Trata-se de um estudo reflexivo teórico acerca do poder existente na saúde, baseado em um resgate bibliográfico da temática, analisado a luz da interpretação foucaultiana. Essa perspectiva se fundamenta na necessidade de compreender o que já se conhece e analisar aspectos da realidade que possibilitem a realização de novos estudos.

Perspectiva histórica da medicina

Hipócrates é considerado o pai da medicina. Viveu cerca de 300 anos antes de Cristo e deixou um legado ético e moral respeitado até hoje. Precursor do pensamento científico, procurava detalhes nas doenças de seus pacientes para chegar a um diagnóstico. Utilizava, inclusive, explicações sobrenaturais, apesar das limitações do conhecimento da época. Mesmo antes da era cristã, Asclepíades de Bitínia tentou conciliar o atomista de Leucipo e Demócrito com a prática médica. No primeiro século de era cristã, Cláudio Galeno, outro médico grego, deu contribuições substanciais (baseado em violações de animais) para o desenvolvimento da medicina.

Na Idade Média os religiosos assumiram o controle da arte de curar através de medicamentos e deixaram para os barbeiros, que já lidavam com a navalha, a arte de drenar abscessos e retirar pequenas imperfeições do pênis. A formação de secreções purulentas era considerada normal e saudável.

Em 1865, Louis Pasteur observou que as infecções eram causadas por seres vivos. Foi ele o inventor do processo de pasteurização, muito utilizado no leite. No mesmo ano, Lister aplicou, pela primeira vez, uma solução anti-séptica em um paciente com fraturas complexas, com efeito profilático na infecção. Iniciou-se uma nova era. Em 1928, Alexander Fleming descobriu a penicilina, ao observar que as colônias de bactérias não cresciam próximo ao mofo de algumas placas de cultura. Surgiu, então, a era dos antibióticos, que permitiu aos médicos curar infecções consideradas mortais. A evolução, desde essa época, não parou. A eterna luta do homem contra a morte entrou em uma nova etapa, cada vez mais moderna.

Com a evolução da sociedade, o trabalho do médico tornou-se necessário para manter sadia a força de trabalho, responsável pelo acúmulo de riquezas, para evitar epidemias ou endemias que poderiam afligir as camadas dirigentes. Tornou-se necessário também para fortalecer as Forças Armadas, evitar conflitos sociais e manter confinados os doentes físicos e mentais, bem como os desvalidos, vagabundos ou desviantes sociais de qualquer natureza [1].

Com a tecnologia médica, uma nova ciência surgiu, fazendo com que o exercício da profissão passasse a exigir, cada vez mais, instrumentos estranhos à clássica relação médico-paciente, transformando-se numa relação médico-máquina-paciente. Em conseqüência, passou a exigir recursos institucionais para o diagnóstico e tratamento. Passou também a depender de instituições privadas, cooperativas médicas, planos de saúde ou empresas de saúde. Além disso, sua instrumentação diagnóstica e terapêutica passou a ser condicionada pelas grandes corporações multinacionais, que controlam a fabricação e a venda de equipamentos e drogas [1]. Com isso, o exercício da medicina, embora assegurado pela sociedade, que conferiu aos médicos o domínio legal sobre a saúde e a doença, ficou condicionado aos interesses de preservação da estrutura social vigente.

Ciências médicas e profissões médicas

Para formar-se médico, o aluno deve estudar em uma Faculdade de Medicina, em período integral, durante seis anos. Após habilitar-se como clínico geral, o novo médico pode fazer especialização, também chamada residência médica, com duração de três anos ou mais, dependendo da especialidade e sub-especialidade da área escolhida. A medicina possui duas dimensões: é uma área de conhecimento (isto é, uma ciência) e é uma área de aplicação desse conhecimento (as profissões médicas). Além da medicina humana, existe também outro curso superior, que é a medicina veterinária (que trata das doenças das outras espécies de animais). Dentro da medicina humana, pode-se destacar a odontologia, que já constitui um curso independente em vários países, entre eles, Brasil e Portugal.

Ao se basear em evidências, a medicina tenta ligar esses dois aspectos (ciência e prática), por meio do uso do método científico. Assim, através de técnicas e pesquisas científicas, busca o melhor tratamento para um determinado paciente. Às vezes, pode ser difícil distinguir entre ciência médica e profissão médica. Os vários ramos especializados

da medicina são estudados por ciências básicas especializadas e por correspondentes profissões médicas, igualmente especializadas, que lidam com órgãos, sistemas orgânicos e suas doenças. As ciências básicas da medicina freqüentemente são as mesmas de outras áreas da ciência, tais como: a biologia, a física, a ciência veterinária e a química.

Existem várias áreas ligadas à saúde: odontologia, psicologia, enfermagem, farmácia, terapia da fala e da linguagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, protética e bioengenharia. Quando está nos últimos anos da Faculdade de Medicina, o aluno realiza internato hospitalar em clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Em algumas faculdades, já foi introduzido o internato obrigatório em medicina de família e medicina comunitária.

As universidades ou faculdades de medicina começaram a se formar no início da Idade Média. O título universitário foi a primeira base estável de distinção e profissionalização do médico. Mas, o monopólio do exercício profissional da medicina só foi possível com o desenvolvimento da tecnologia. Isso fez com que a execução dos atos médicos fosse privativa de profissionais treinados. Esta marca tecnológica firmou a confiança do público e canalizou o monopólio oficial da profissão.

Os aspectos mais importantes da profissionalização médica são: determinação de padrões próprios de educação e treinamento; regras restritas para o cumprimento desses padrões; permissão exclusiva de exercício profissional obtida por registro em órgãos específicos da categoria (os Conselhos de Medicina) e normas de prática profissional [1].

Na prática médica atual – tal como ressaltou Foucault em sua conferência de 1974, proferida no IMS/UERJ, intitulada "O nascimento da medicina social" – os doentes tendem a perder o direito sobre o seu próprio corpo. Significa que podem perder o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem, perdendo, por conseguinte, sua autonomia [3]. Autonomia envolve não somente a forma como os pacientes serão tratados, como também a determinação de seu modo de vida e de conduta. Autonomia pode ainda ser entendida como domínio moral de uma elite sobre os indivíduos acusados de não seguirem a norma ou a razão.

O Conselho Federal de Medicina – CFM, em novembro/2006, aprovou, por unanimidade, uma resolução que permite ao médico suspender tratamentos e procedimentos que prolonguem a vida de doentes terminais e sem chances de cura. Exige-se, entretanto, que a família ou o paciente concorde com a decisão, a qual deve constar no prontuário médico. Para os médicos, trata-se de autorização para realizarem a ortotanásia, ou seja, o ato de cessar o uso de recursos que prolonguem artificialmente a vida, quando não há mais chances de recuperação. Pelo sistema ainda em vigor, se um doente terminal de câncer sofrer uma parada cardíaca, o médico tenta reanimá-lo e o coloca em respirador artificial na UTI. Se o rim entrar em falência, por exemplo, o paciente será submetido à diálise peritonial. Porém, com a resolução do CFM, a partir de agora, esse paciente não será, necessariamente, "ressuscitado". Ele receberá analgésicos, sedativos e todos os cuidados para que não sinta dor. Porém, não terá sua vida prolongada por meio dos recursos tecnológicos de uma UTI, desde que a família autorize.

A medicina se torna assim um valor moral, tendo a saúde, ou melhor, o ideal de saúde como critério supremo. A esse respeito, Martins [4] questiona: Que fronteira pode haver entre esse ideal de saúde, alienante e submisso ao poder médico e a dimensão da saúde, não ideal, mas efetiva, vinculada à natureza singular da pessoa? Em outras palavras, será que a autonomia dos indivíduos na coletividade seria recuperada simplesmente por uma resistência ou reação às imposições de uma medicina científica?

Olhando por outro ângulo, essa relação médico-paciente está longe de ser fortuita, na medida em que atende a interesses bem definidos. Gramsci [5] analisa essa questão, observando de que forma as classes sociais produzem seus intelectuais orgânicos. Essa sua análise, inclui os médicos, referindo-os como comissários do grupo dominante para o exercício de funções subalternas da hegemonia social. A prática médica coloca-se, portanto, como um instrumento de consenso e coerção, assegurando a manutenção de uma determinada hegemonia de classe.

Como enfatiza Luz [6], reduzir a saúde à ausência relativa de doença, ou ainda a programas médicos curativos ou preventivos, tem sido, no modo de produção capitalista, a forma política de elidir o problema referente às condições de existência nele vigentes. Deste modo, a medicina desempenha o papel de legitimar o esforço e a preocupação do Estado com o bem-estar comum.

O poder do médico e a visão de Foucault

A crença na ciência tende a levar o médico, consciente ou inconscientemente, a assumir uma posição de onipotência diante da doença do paciente e, por conseguinte, diante do próprio paciente. Para o médico, o paciente deve, obrigatoriamente, submeter-se à sua tutela, de modo por vezes incondicional. Significa que, enquanto for seu paciente, o indivíduo deve abdicar de sua autonomia, de seu poder de decisão. Deve renunciar sua capacidade de reflexão de conhecimento intuitivo e, sobretudo, de decidir sobre sua vida.

O paciente passa a ser visto como um conjunto de órgãos, como uma máquina que deu defeito e que precisa ser reparada, segundo o que a ciência e o médico determinam. Essa crença na verdade científica leva o médico a acreditar que pode, ou mesmo deve, invadir a autonomia do indivíduo para lhe impor a verdade, ou, ao menos, o discurso da verdade científica. É esse discurso que lhe serve de álibi para o exercício de poder sobre o paciente.

De um modo ou de outro, esse poder é exercido como se fosse necessário e inevitável. Porém, não é necessário, nem inevitável para o tratamento. Pelo contrário, é um fator que contribui para o insucesso de um tratamento, ao menos do ponto de vista psíquico. O poder não é algo que se toma ou se dá, que se ganha ou se perde. É uma relação de forças. Circula em rede e perpassa todos os indivíduos. Neste sentido, não existe alguém fora do poder. Trata-se de um jogo de forças, de lutas transversais presentes em todas as sociedades.

Onde há saber, há poder. Porém, não se pode perder de vista que onde há poder, há resistência. Por um lado, novos saberes, novas tecnologias ampliam e aprofundam os poderes na sociedade em que vivemos. Destaque-se, nesse aspecto, o alcance dos meios de comunicação de massa como possíveis formas de controle e manipulação. Por outro lado, indivíduos cada vez mais conscientes lutam contra as forças que tentam reduzi-los a objetos, contra qualquer sistema hegemônico, contra as múltiplas formas de dominação, sempre criativas e renovadas.

As diversas formas de resistência à dominação se articulam em rede, na luta pela autodeterminação, pela conquista efetiva da democracia. Atuam nas denúncias contra o racismo e a descriminação sexual, nas revoltas contra toda forma de preconceito, exclusão e violência. Essas forças dividem suas preocupações com a ecologia e a reflexão crítica sobre os limites éticos das conquistas científicas e tecnológicas.

A ciência moderna exige que se pense o homem como centro da produção de saberes, com suas operações discursivas. Por exemplo, no início do século XVIII, a loucura era vista apenas como um desvio, uma ilusão delirante do indivíduo. E assim, não havia qualquer sistemática de internação. Entretanto, no começo do século XIX, passa ser percebida como uma conduta desregulada e anormal. Em conseqüência, o indivíduo considerado louco era retirado do convívio da sociedade, para ser tratado pela medicina.

É nesse contexto que se cria a expressão "doença mental" e o indivíduo passa a ser confinado em hospitais. A medicina passou a apropriar-se do saber, da produção dos conceitos, passando a utilizar as práticas institucionais médicas para a cura ou reversão do "louco". Foi assim que se estabeleceu a função do hospital psiquiátrico, no século XIX, e do médico como produtor de verdades sobre as doenças do corpo. O poder do médico passou a ser justificado pelo privilégio técnico e científico do conhecimento que lhe permitia produzir, doravante, a realidade de uma "doença mental". Ela passa, então, a ser codificada, controlada, testada e diagnosticada pela psiquiatria clássica.

Segundo Foucault, essa estrutura de ordenação de saberes passou a ser um campo fértil para a produção do conhecimento científico na modernidade. O discurso científico estabeleceu hegemonia em relação a outros discursos, do mesmo modo que a mente assume sua autoridade sobre as reações do corpo e, com isso, silencia o corpo. Para Nietzsche, citado por Machado [7], o conceito de "verdade" criado pela ciência atribuiu um sentido forjado, um falseamento do real e do pensamento. Nessa concepção, tudo é aparente e, portanto, não há nenhuma essência.

Foucault retoma a noção nietzschiana sobre a verdade, acrescentando o termo "invenção". Para ele, a verdade das coisas se liga a uma verdade do discurso, onde o conhecimento é o resultado histórico, apropriado pelo homem, a partir do mundo das coisas. Segundo Foucault [8], a ciência é um discurso que tem a pretensão da verdade. Pretende constituir-se em um campo de saber, o qual, por sua vez, constitui relações de poder. Por isso, para a sociedade, o saber é sempre dotado de poder, que nem sempre funciona de um modo negativo.

Assim, o poder é uma segunda dimensão irredutível do saber, porém ambos são indivisíveis. O

saber é feito de formas concretas, visíveis. É enunciável, como um arquivo. Já o poder é exercido a partir de correlações de forças, como um diagrama.

Para Foucault, o poder tem natureza disciplinar, não destrói o indivíduo, mas o constrói. O poder disciplinar é um instrumento de saber que permite o controle do corpo.

Na análise de Foucault [9], o poder disciplinar é positivo e funciona como uma rede. O domínio da técnica sobre o corpo é um mecanismo de poder. Mas também a técnica é disciplinar e possibilita a inserção dos corpos em um espaço individualizado, produzindo rapidez e o máximo de eficácia. A disciplina dos corpos permite um registro contínuo de conhecimentos. Assim, ao mesmo tempo em que exerce um poder, produz um saber. Como exemplo, pode-se mencionar o desenvolvimento da técnica e do processo tecnológico produzido na vida moderna. Os aspectos anatômicos e a idéia de corpo-máquina buscam o adestramento do indivíduo e o aprimoramento das aptidões para a produção de bens de consumo. Essas idéias já existiam no século XVII.

Por outro lado, ainda segundo Foucault [9], existe o corpo-espécie ou corpo biológico. Nele se articulam o sexo e a vontade de saber sobre a sexualidade, como uma estratégia de controle do indivíduo e da população, através da administração dos corpos. Essa concepção ficaria mais evidente na metade do século XVIII, cujo processo mais importante foi investir na preservação da vida, na luta contra a morte do corpo.

Segundo enfatiza Foucault, com essa mudança de foco para o indivíduo, a legislação passou a fazer um apelo ao conhecimento médico, dando aos psiquiatras a possibilidade de intervir duas vezes: primeiro, para dizer que, realmente, as crianças têm mesmo uma sexualidade; segundo, para estabelecer que a sexualidade da criança é um território com sua própria geografia, onde o adulto não deve entrar. Foucault comenta com ironia a posição dos especialistas:

> *"Pode ser que a criança, com sua própria sexualidade, pode ter desejado aquele adulto; ela pode até ter consentido, pode até ter feito os movimentos de aproximação. Podemos até concordar que foi ela que seduziu o adulto. Mas nós, especialistas, com nosso conhecimento psicológico, sabemos perfeitamente que, mesmo a criança sedutora corre um risco – o de ser prejudicada e traumatizada (...). Conseqüentemente, a criança precisa ser 'protegida dos seus próprios desejos', mesmo quando seus desejos a levam em direção a um adulto" [9].*

Em síntese, é dentro dessa moldura legislativa – "que pretende basicamente proteger certas porções vulneráveis da população com o estabelecimento de um novo poder médico" – que uma concepção de sexualidade e das relações entre a sexualidade do adulto e da criança será baseada. E isso Foucault considera algo "extremamente questionável".

A medicina é a área do conhecimento humano ligada à manutenção e restauração da saúde. É, num sentido amplo, a ciência da prática da prevenção e da cura das doenças humanas. É a área de atuação do profissional formado em uma Faculdade de Medicina. Para a Organização Mundial da Saúde – OMS, saúde não é apenas a ausência de doença, mas consiste no completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Nesse contexto, diretrizes elaboradas por organizações supranacionais, compostas por eminentes intelectuais que atuam na área de saúde, estabeleceram um novo paradigma de abordagem em medicina.

No século XX, como conseqüência de todo esse desenvolvimento tecnológico, surgiu, nos Estados Unidos da América, o Projeto Genoma, através do mapeamento do DNA genético. Esse projeto está sendo visto pela ciência como um elemento positivo às futuras gerações. Todos nós estamos envolvidos nessa luta. Nossa participação consciente e lúcida, na vida cotidiana, em nossa prática, no trabalho, nas instituições, precisa ser animada pela esperança de sucesso na construção de uma nova sociedade onde saberes e poderes estejam a serviço do "cuidado de si", do "cuidado dos outros" e do "cuidado da vida".

Foucault [9] considerou a medicina um dispositivo de saber/poder. No final do século XVIII, na Europa, esse processo investiu sobre o corpo do indivíduo. Para isso, utilizou técnicas de sujeição tais como: a disciplina, caracterizada pela vigilância hierárquica, pelo controle do tempo e das atividades; a sanção normalizadora, que qualifica uma pessoa como normal ou anormal, determinando comportamentos; o exame-confissão, que permite classificar, punir e rotular, instituindo um biopoder sobre o corpo do homem. Relacionando essa investida médica com a ascensão da sociedade capitalista, o

autor conclui que foi, essencialmente, no biológico, no somático, no corporal que investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica.

Foucault destaca como um dos pontos principais nessa relação falta de autonomia dos pacientes, impingida pela medicina oficial, dita científica, com seu discurso e sua postura de detentora da verdade. Entretanto, é preciso afirmar que, mesmo submetido a práticas mágicas, possivelmente o paciente sente-se mais respeitado como pessoa, em sua dignidade ontológica e existencial, inalienável e irredutível. Nesse sentido, pergunta-se: qual é a diferença entre um e outro modo de tratamento? Para Martins [4], talvez essa diferença esteja na autonomia, no respeito e no reconhecimento do paciente. E conclui: se é verdade que não temos o controle de nosso próprio corpo, e que tal saber nos ultrapassa, tampouco outra pessoa, por mais preparada que seja, o terá.

Conclusão

O trabalho de Foucault requer um exercício de si mesmo, isto é, uma ética. Poderia, pois, ser assim resumido: em nome de uma liberdade prática, dentro daquilo que se considera como formas de experiências possíveis, é preciso desenvolver uma análise crítica nominalista como forma de resistência à dominação.

Com base na literatura analisada, observa-se que o poder do médico procura retirar a autonomia dos outros profissionais da saúde. Em seus estudos, Foucault evidencia que o médico tem uma conduta autocrata no trato com o paciente e os paramédicos. E assim fica a impressão de que o médico considera os outros profissionais da saúde como se devessem trabalhar em seu benefício e não do paciente. Com essa postura, de certa forma, relega-os a uma situação não de colegas de trabalho, mas de empregados.

Em sua função, o médico assume uma posição autoritária, de poder sobre a vida dos cidadãos e dos outros profissionais da saúde. É preciso deixar claro que não se trata aqui de atacar a medicina, quando se reflete sobre a relação de poder na perspectiva de Foucault. Pretende-se, apenas, analisar um fato constatado pela sociedade. Os médicos, no exercício de sua profissão, estão decidindo o que devemos ou não ser como seres humanos. Mas, o problema principal não é esse. O problema crucial é saber se vale a pena viver menos com frustrações ou viver mais com restrições.

Esse passeio reflexivo e conceitual nos leva a repensar alguns aspectos da medicina. E essa reflexão nos leva a concluir que é preciso deixar esse pragmatismo exacerbado e ultrapassar as fronteiras da abstração orgânica. É preciso abrir-nos para os fatores ambientais em que os indivíduos estão inseridos coletivamente. As próprias fronteiras da medicina atual podem ser questionadas quanto ao seu objetivo: se manterá o papel de curar doenças, ou se passará a tratar e reabilitar doentes.

Nesse novo contexto, a medicina deverá deixar de se conceber como representante da verdade para aceitar seu lugar junto às equipes de saúde. Deve passar a discutir com outros profissionais da saúde o encaminhamento dos tratamentos em questão de saúde: enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, etc. Hoje, a saúde deve ser pensada e praticada em sua integralidade [10].

Referências:

1. Landmann J. A outra face da medicina. Rio de Janeiro: Salamandra; 1984.
2. Lima GOP, Karan MA, Santiago LC, Melo ECP, Soares E. Saberes e práticas profissionais no espaço do ensino de enfermagem. Enfermagem Brasil 2006;5(6):361-364.
3. Foucault M. O nascimento da medicina social. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
4. Martins A. Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health. Interface – Comunic Saúde Educ 2004;8(14):21-32..
5. Gramsci A. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1968.
6. Luz MT. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
7. Machado R. Por uma genealogia do poder. In: Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979. p.12-22.
8. Foucault M. La arqueología del saber. Ciudad del México: Siglo XXI; 1972.
9. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1992.
10. Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, N Engl J Med. 1997; 336(4): 309-315) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são resumidas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), htpp://www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2001.

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power-Point, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

2. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

3. Atualização ou divulgação

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

4. Estudo de caso

São artigos de dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

5. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

PREPARAÇÃO DO TEXTO

1. Normas gerais

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times Roman (English Times) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:
- Título em português e inglês.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3. Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave *(Abstract, Key-words)*

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:
- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
Jean-Louis Peytavin – Atlantica Editora
Rua da Lapa, 180/1103 – Lapa – 20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel: (21) 2221 4164 – E-mail: jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Consulte o texto completo das Normas em nosso site:
www.atlanticaeditora.com.br

Curso de Urgências e Emergências

Enfermagem Brasil – Volume 6 Número 3 – Maio/Junho de 2007

Adriana Roloff
adroloff@brturbo.com.br

Especialista em Terapia Intensiva Adulto Crítico pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra-RS) e em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela PUC-RS, enfermeira do Setor de Educação Permanente do Hospital de Pronto-Socorro de Canoas (HPSC-RS) e enfermeira orientadora técnica das Unidades de Internação do HPSC-RS, ex-professora titular da disciplina de Enfermagem em Cuidado do Adulto I da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestranda em Genética Molecular e Toxicologia pela Ulbra-RS

atlântica editora

ATLÂNTICA educacional

1 **Triagem e gerenciamento de desastres em vítimas de traumas**

2 **Cinemática do trauma**

3 **Atendimento inicial à vítima de trauma**

4 **Atendimento inicial ao paciente queimado**

5 **Atendimento à criança vítima de trauma**

6 **Atendimento na parada cardiorrespiratória: SBV e SAV**

Será feita uma avaliação pós-curso para emissão de certificado pela Atlantica Educacional.

Atendimento inicial à vítima de trauma

DEFINIÇÃO

Imaginem uma doença que atinja sobretudo adultos jovens, abaixo de 40 anos, sendo a principal causa de morte e invalidez nesta faixa etária. Esta doença é o Trauma. A partir do entendimento de que Trauma é uma doença cirúrgica, propostas têm sido feitas para abordar as diversas fases da doença, começando pela prevenção, continuando pelo atendimento inicial e finalizando no atendimento definitivo. O traumatismo físico representa atualmente a terceira causa de morte nos países industrializados, seguindo-se as doenças vasculares e as neoplasias. Infelizmente, o trauma atinge o indivíduo em sua fase mais produtiva, sendo a principal causa de óbito do primeiro ao quadragésimo ano de vida. No Brasil, ocorrem 130.000 mortes anuais conseqüentes do trauma e um número três vezes maior de pessoas fica com seqüelas.

O tratamento de um traumatizado requer avaliação rápida das lesões e instituição de medidas terapêuticas de suporte de vida, sendo assim observamos que o tempo é essencial, por isso, o atendimento inicial deve ser um processo sistematizado.

O atendimento inicial envolve as seguintes etapas:

- preparação;
- triagem;
- exame primário;
- reanimação;
- medidas auxiliares ao exame primário e à reanimação;
- exame secundário e história;
- medidas auxiliares ao exame secundário;
- reavaliação e monitoração contínuas após a reanimação;
- cuidados definitivos.

A morte decorrente do trauma ocorre em um dos três momentos, assim distribuídos:

- o primeiro pico de morte, ocorre dentro de segundos ou minutos após o acidente e os óbitos são devidos à laceração do cérebro, tronco cerebral, medula espinhal alta, coração, aorta e grandes vasos. Poucos sobrevivem a estas lesões, tal sua gravidade. Hora de ouro é o período após o trauma em que o tratamento definitivo deve ser efetuado. Inclui o tempo na cena do acidente, tem-se 10 minutos da hora de ouro.
- o segundo pico ocorre minutos após ou algumas horas depois do trauma. Nesta etapa, as mortes são geralmente devidas à hematomas epidurais, subdurais, hemopneumotórax, ruptura de víscera maciça abdominal, fraturas pélvicas ou lesões múltiplas com grande perda sanguínea. São pacientes potencialmente salváveis, em que a conduta inicial é fundamental na primeira hora de atendimento que chegam ao hospital. Um atendimento pré-hospitalar eficiente reduz significativamente os óbitos, incluindo sua locomoção.
- o terceiro pico ocorre dias após o trauma. Geralmente são óbitos secundários às infecções, sepse e falência de órgãos. Portanto, todos os que atendem o traumatizado, desde o atendimento no local do trauma até sua alta hospitalar, desempenham papel decisivo em sua recuperação.

Assim, para se salvar o maior número de vidas, a abordagem do traumatizado multissistêmico deve seguir um roteiro padronizado, pois as vítimas de trauma são potencialmente fatais e não podem receber a mesma conduta dos portadores de outras doenças atendidas em ambulatório eletivo.

No trauma não se pode perder tempo; diagnóstico e tratamento são aplicados simultaneamente e, muitas vezes, os tratamentos antecedem ao diagnóstico definitivo. O roteiro de atendimento pode ser aplicado a qualquer traumatizado, inclusive crianças, grávidas ou idosos, considerando-se as peculiaridades fisiopatológicas de cada um deles.

As entidades que instituem a sistematização do atendimento criaram uma rotina padrão acessível a qualquer profissional da saúde, em centros avançados ou zonas rurais, mas que garantem a preservação da vida. Ela consiste na preparação (atendimentos pré-hospitalar e intra-hospitalar), triagem, exame primário (ABCs), reanimação, exame secundário (exame "da cabeça aos dedos do pé"), monitorização e reavaliação contínuas e tratamento definitivo. A etapa pré-hospitalar enfatiza a manutenção das vias aéreas, controle do choque e hemorragias externas, imobilização do paciente e transporte do paciente ao hospital mais próximo, de preferência especializado neste atendimento. Na etapa intra-hospitalar, recomenda-se que o Serviço deva estar previamente preparado para receber o traumatizado, desde o material de intubação, soluções cristalóides e funcionamento eficiente da radiologia e laboratório. A triagem inclui o encaminhamento dos doentes de acordo com sua gravidade e capacidade resolutiva dos Serviços que os receberão. O exame primário, consiste na identificação e tratamento imediato das condições ameaçadoras da vida, seguindo um roteiro preconizado, num tempo que não ultrapasse 2 a 5 minutos:

O exame secundário consiste na anamnese e exame físico rápidos e objetivos, não ultrapassando 5 a 10 minutos. Etapa que só deve ser feita quando o exame primário tiver sido completado, a reanimação iniciada e a resposta à terapia estimada. No exame secundário, faz-se uma história objetiva – exame da cabeça aos pés, testes laboratoriais e estudos de imagem mais sofisticados. Esta etapa é resumida pela frase "tubos e dedos em todos os orifícios".

O tratamento definitivo acontece na sala de operações e unidade de terapia intensiva. Aqui também são solicitados os especialistas.

PREPARAÇÃO

A fase de preparação é fundamental para o sucesso do atendimento e ocorre em dois cenários diferentes: nas fases pré-hospitalar e intra-hospitalar – deverá sempre existir uma comunicação entre estas fases permitindo que o intra-hospitalar se prepare adequadamente para receber o paciente.

Na fase pré-hospitalar, o atendimento deve estar preparado para atender qualquer tipo de trauma, dando prioridade para manutenção de vias aéreas, imobilização do paciente, controle de sangramento e dos sangramentos externos e do choque e transporte para o hospital apropriado mais próximo.

No intra-hospitalar, o atendimento deverá realizar todos os preparativos necessários para facilitar a reanimação do paciente, preparar materiais, medicamentos, equipamentos e acionar a equipe de trauma.

TRIAGEM

A triagem é a classificação do paciente baseada na necessidade de restabelecimento dos sinais vitais do paciente e dos recursos disponíveis. A primeira triagem se dá no local do acidente sob a responsabilidade da equipe do pré-hospitalar e, posteriormente, ocorre uma segunda triagem no intra-hospitalar.

No pré-hospitalar, quando o número de vítimas excede as condições de transporte até o hospital, a equipe deve triar os pacientes que receberão o primeiro atendimento.

No intra-hospitalar, quando o número de vítimas supera as condições do hospital, os pacientes devem ser triados pela equipe do trauma. Nesta situação, os pacientes com maiores possibilidades de sobrevida cujo atendimento implica em menor gasto de tempo, de equipamentos, de recursos e de pessoal, serão atendidos primeiro.

EXAME PRIMÁRIO

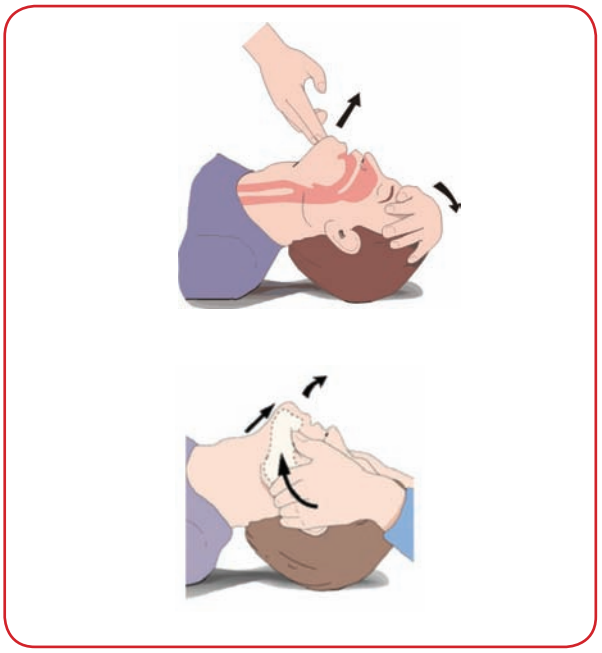
Procede-se a identificação e tratamento imediato das condições ameaçadoras da vida.

Simultaneamente, realizamos o exame primário e a reanimação, seguindo o roteiro ABCDE.

A. Manutenção da permeabilidade das vias aéreas com proteção da coluna cervical

Manter as vias aéreas livres e preservar uma boa oxigenação ao paciente é a primeira medida a ser adotada, tomando-se o cuidado para não mobilizar a coluna cervical, que deve permanecer em posição neutra, visto que todo traumatizado, principalmente os portadores de lesões acima das clavículas, são potencialmente portadores de trauma cervical. Se o traumatizado chega falando ou respondendo às nossas perguntas, podemos passar para o ítem B. As causas comuns de obstrução das vias aéreas são: sangue, corpos estranhos, oclusão do hipofaringe, queda da língua, dentes, vômitos. A agitação é o sinal mais importante denunciando hipóxia. Pacientes com trauma facial podem estar associados com deficiência na permeabilidade das vias aéreas e têm grande probabilidade de lesões na coluna cervical. Queimaduras de face podem provocar lesões inalatórias e conseqüente obstrução de vias aéreas. Outros traumatizados portadores de lesões laringotraqueais, traumas de pescoço por ferimentos penetrantes ou trauma torácico também podem apresentar obstrução das vias aéreas.

A desobstrução das vias aéreas pode ser feita pelas manobras de *chin lift* (levantamento do queixo) ou *jaw thrust* (anteriorização da mandíbula).



O levantamento do queixo consiste na colocação de uma das mãos do examinador sob a mandíbula, elevando-a com conseqüente anteriorização do mento. O polegar desta mão abaixa o lábio e abre a boca promovendo a desobstrução e aspiração de secreções que possam existir na cavidade oral e orofaringe, introduzindo-se uma cânula de Guedel (orofaríngea) e ventilação com ambu. Os pacientes obnubilados e inconscientes deverão necessitar de intubação endotraqueal para oxigenação adequada, suporte ventilatório e prevenção de aspiração.

Na outra manobra, *jaw thrust* de anteriorização da mandíbula, as duas mãos do examinador elevam os ângulos da mandíbula, deslocando-a para frente.

Esta etapa deve ser seguida sem hiperextensão, hiperflexão ou rotação da cabeça e pescoço do paciente. A coluna cervical deve ser mantida estável e em posição neutra até que se prove sua integridade, por colar, tijolos ou soros dois a dois fixados com esparadrapo colocados em cada lado da cabeça ou ainda pelas mãos de um dos membros da equipe de trauma. A suspeita de lesão da coluna cervical só deve ser atenuada, não excluída, quando uma radiografia em incidência lateral que inclua as sete vértebras cervicais e o espaço intervertebral entre C7 e T1 for realizada com tração dos membros superiores no sentido caudal ou em "posição de nadador". A imobilização da coluna cervical deve ser mantida até que os neurocirurgiões e ortopedistas excluam a possibilidade de lesão da mesma por outras incidências.

Em pacientes que necessitam de uma via aérea definitiva, são utilizados os seguintes métodos: intubação orotraqueal, nasotraqueal e acesso à via aérea por punção ou cirúrgica. Os estados de apnéia, incapacidade de oxigenação eficiente por máscara de oxigênio, traumatismo cranioencefálico com necessidade de hiperventilação, comprometimento das vias aéreas superiores por traumas ou lesões assinaladas acima são indicações para instalação de via aérea definitiva.

A intubação endotraqueal pode necessitar de mais de uma tentativa. Neste caso, retira-se a sonda, ventila-se o paciente por dois minutos, que dá oxigenação por 10' e faz-se nova tentativa de intubação com calma e segurança. Também, pode-se tomar como referência o seguinte: o médico inspira profundamente e inicia a intubação; quando necessitar inspirar novamente, interrompe o ato e ventila outra vez o doente e reinicia outra tentativa de intubação. Às vezes, é necessário algum grau de sedação com relaxantes musculares, principalmente, se houver necessidade de ventilação assistida. Nas suspeitas de lesões da coluna cervical, a indicação de intubação nasotraqueal predomina sobre a orotraqueal, porque não exige hiperextensão do pescoço, no entanto, o que determina a melhor via para intubação é a experiência do médico. Apnéia, fraturas de base de crânio e face contra-indicam a intubação nasotraqueal.

Na impossibilidade de intubação, realiza-se uma cricotiroidostomia por punção, cricotiroidostomia cirúrgica ou traqueostomia.

A cricotiroidostomia por punção consiste em inserir uma agulha na membrana cricotireoidea ou na traquéia, para oferecer oxigênio rapidamente ao traumatizado.

Outra possibilidade é a cricotiroidostomia cirúrgica, incisando-se a pele e a membrana cricotireoideia, por onde se pode introduzir uma sonda endotraqueal ou cânula de traqueostomia. Este procedimento não deve ser realizado em crianças com idade inferior a 12 anos, porque nelas a cartilagem cricóide é o único suporte para a parte superior da traquéia e não deve ser utilizada por mais de 72 horas. A traqueostomia só deve ser realizada no centro cirúrgico, em condições adequadas. A insuficiência respiratória pode sobrevir a qualquer momento e deve-se manter a vigília constante do traumatizado. O oxímetro de pulso é um meio não invasivo, útil na determinação da necessidade de via aérea definitiva.

B. Ventilação e respiração

Vencida a primeira etapa, desobstrução e manutenção da permeabilidade das vias aéreas, procura-se assegurar uma boa ventilação. Os meios clássicos de exame torácico como: inspeção, palpação, percussão e ausculta são utilizadas para diagnóstico imediato.

A inspeção verifica assimetria de expansão pulmonar, uso dos músculos da respiração, contusões, ferimentos penetrantes, distensão das veias do pescoço e freqüência respiratória. Crepitação, enfisema subcutâneo, desvio da traquéia são detectados à palpação. A percussão determina o grau de timpanismo (nem sempre audível na sala de atendimento imediato) e a ausculta demonstra assimetria do murmúrio vesicular.

O pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto e o tórax instável, decorrentes do trauma torácico, são as lesões que mais comumente interferem na respiração.

O pneumotórax hipertensivo é causado por trauma fechado ou ocasionalmente penetrante quando permite penetração de ar na cavidade pleural sem saída do mesmo oriundo do pulmão, brônquios, traquéia ou pela parede torácica, levando ao colapso pulmonar e desvio do mediastino para o lado oposto, com diminuição do retorno venoso e débito cardíaco. O diagnóstico é clínico e o tratamento deve ser imediato, com inserção de agulha calibrosa no espaço pleural, enquanto se realiza a drenagem torácica fechada no 5º/6º espaço intercostal.

Posteriormente à drenagem, realiza-se a radiografia de tórax. O tratamento antecede a radiografia.

O quadro clínico constitui-se de desvio da traquéia, angústia respiratória, dilatação das veias do pescoço, ausência do murmúrio vesicular unilateral, cianose e hipotensão. Enfisema subcutâneo e hipertimpanismo também podem ser encontrados. O quadro pode ser confundido com tamponamento.

O pneumotórax aberto é decorrente de ferimentos da parede torácica que excedem em 2/3 o diâmetro da traquéia, quando o ar entra pela via de menor resistência: o ferimento da parede. O mesmo deve ser tamponado com curativo oclusivo, enquanto se procede a drenagem torácica por entrada distinta do ferimento. Em seguida, sutura-se a lesão. Encontramos na literatura a sugestão de que se deixe um dos lados do curativo livre, funcionando como uma válvula, que se fecha na inspiração, evitando a entrada de ar na cavidade pleural e na expiração, permitindo sua saída para evitar um pneumotórax hipertensivo.

O tórax flácido é causado por grandes contusões torácicas, fraturas de três ou mais arcos costais e associação de separação costocondral com fratura esternal. Ao quadro clínico se associam: hemotórax, pneumotórax ou hipóxia secundária à contusão pulmonar. Esses pacientes devem ser submetidos ao combate da dor, reexpansão pulmonar, ventilação adequada e reposição volêmica. Se necessário, institui-se a ventilação mecânica assistida. Muitos necessitam de drenagem torácica. A reposição volêmica deve ser cautelosa e adequada, pois este quadro é sensível à hipo ou hiperhidratação.

Nos casos de tamponamento cardíaco, as principais manifestações clínicas são a tríade clássica de Beck: hipotensão arterial, veias do pescoço ingurgitadas e abafamento das bulhas cardíacas. Pacientes que não respondem à reposição volêmica devem ter esta hipótese excluída. A pericardiocentese está indicada nos pacientes que não responderam à reposição volêmica e apresentam quadro sugestivo de tamponamento. Se positiva, indica necessidade de toracotomia por cirurgião afeito ao trauma. No hemotórax maciço, superior a 1500 ml, a apresentação clínica é com choque hipovolêmico, ausência ou redução do murmúrio vesicular, e macicez à percussão. A conduta é drenagem pleural fechada e transfusão autóloga. A toracotomia exploradora está indicada nos que persistirem sangrando 200 ml/hora.

C. Circulação com controle da hemorragia

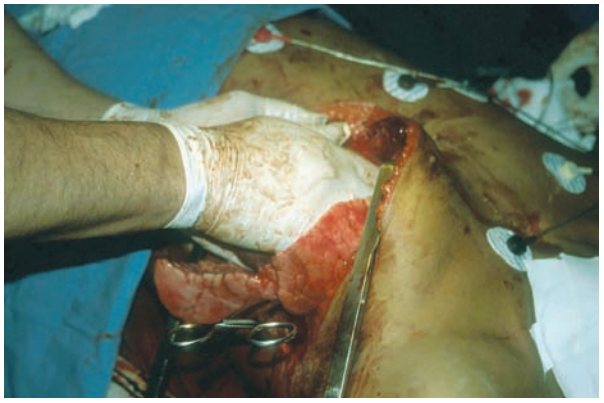
O nível de consciência, freqüência do pulso periférico e cor da pele, são três parâmetros para avaliação imediata do estado circulatório. No traumatizado, pulso acima de 120 batimentos por minuto (bpm) em adultos e 160 em crianças significa choque hipovolêmico. É útil lembrar que portadores de marcapasso, pacientes em uso de betabloqueadores, digoxina, bloqueadores dos canais de cálcio podem mesmo em choque, apresentar-se com baixa freqüência. Em atletas, a resposta à hipovolemia pode não se manifestar, ainda que a perda de volume tenha sido importante, mantendo baixa freqüência cardíaca, em torno de 50 bpm.

A hipotermia deve ser combatida, porque pacientes que estão em choque hemorrágico acompanhado da mesma não respondem à reposição volêmica. A temperatura corporal é muito importante e deve ser verificada nesta fase inicial. Aquecimento externo, gases respiratórios e líquidos

intravenosos aquecidos corrigem a hipotensão e a hipotermia do traumatizado. Deve-se preveni-la e evitá-la. Até o reaquecimento central com irrigação das cavidades torácicas ou peritoneal pode ser necessário, utilizando-se solução cristalóide a 39º ou circulação extracorpórea. A reposição deve ser feita imediatamente com cristalóides. Se não houver resposta satisfatória, repete-se o cristalóide e providencia-se a transfusão sanguínea. A reposição deve ser segundo a classificação do choque hipovolêmico apresentado. O controle da reposição adequada de volume tem no fluxo urinário seu monitor. Não havendo esta resposta, a reanimação está inadequada e nova reposição se faz necessário, além da elucidação diagnóstica.

O dispositivo pneumático antichoque (PASG) com o objetivo de elevar a pressão sistólica, via aumento da resistência vascular periférica e da pós-carga cardíaca, não comprovou sua eficácia. Estaria indicado na estabilização e controle de fratura pélvica com hemorragia contínua e hipotensão e no trauma abdominal com grave hipovolemia em direção à sua resolução. É contra-indicado no edema pulmonar, ruptura diafragmática e hemorragia incoercível e está fora do alcance do dispositivo: o couro cabeludo,a face, o pescoço, as extremidades superiores e a lesão torácica.

As hemorragias externas devem ser controladas por compressão direta dos ferimentos; o uso de torniquetes está abolido. A exploração do ferimento, ou tentativas de estancar o sangramento com pinças hemostáticas, deve ficar restrito ao centro cirúrgico.



O acesso venoso deve ser feito por uma ou duas veias periféricas, de acordo com o caso

Nos membros superiores quando houver lesões penetrantes abdominais ou em membro superior e inferior na presença de lesões precordiais. Deve-se evitar puncionar no lado traumatizado ou quando existirem fraturas à montante. Utiliza-se na punção periférica um Abocath de calibre 16G ou 14G, no braço ou antebraço. O acesso venoso por punção, para acesso a veias centrais, está abolido no traumatizado nesta fase. A punção da veia femoral pode ser realizada e tem a importância de estar distante da coluna cervical, vias aéreas e procedimentos torácicos. O acesso venoso por flebotomia (dissecção venosa) fica a critério da experiência do médico. A infusão de líquidos por punção intra-óssea pode ser realizada em crianças abaixo dos 6 anos.

D. Incapacidade: avaliação do estado neurológico

No final do exame primário, realiza-se uma breve avaliação neurológica para verificar o

nível de consciência do paciente, tamanho das pupilas e sua reação. O roteiro utilizado para a avaliação é: AVPU.

A. Alert (vigilante, ativo, alerta)
V. Responds to vocal stimuli (resposta ao estímulo verbal)
P. Responds to painful stimuli (só responde a dor)
U. Unresponsive (Não responde a qualquer estímulo)

A Escala de Coma de Glasgow deve ser aplicada tão logo o paciente esteja estabilizado, quer no exame primário ou secundário. Álcool, outras drogas, prótese ocular e trauma direto nos olhos prejudicam o exame pupilar.

Escala de coma de Glasgow

1 – Abertura ocular

Espontânea	4
Ao comando verbal	3
Ao estímulo doloroso	2
Nenhum	1

2 – Melhor resposta verbal

Orientado	5
Confuso	4
Palavras inapropriadas	3
Sons incompreendidos	2
Nenhum	1

3 – Melhor resposta motora

Obedece a comandos	6
Localiza dor	5
Não localiza dor	4
Flexão (dor)	3
Extensão (dor)	2
Nenhuma	1

TOTAL (é igual à soma da pontuação obtida). O melhor escore é 15 e o pior 3.

E. Exposição/controle do ambiente

O paciente deve ficar totalmente despido, cortando-se ou rasgando-se a roupa sem mobilizá-lo. A seguir deve ser coberto para prevenir hipotermia. O ar condicionado não deve ficar ligado. Ambiente aquecido, fluidos intravenosos aquecidos antes de sua administração e uso de cobertores aquecidos, são importantes nesta etapa.

REANIMAÇÃO

A reanimação ocorre simultaneamente com o exame primário. Nela estão incluídos: oxigenação e ventilação, tratamento do choque, continuação do tratamento das lesões graves identificadas no primeiro exame e monitoração.

Métodos auxiliares no exame primário e reanimação

Muitos desses métodos auxiliares à reanimação não são disponíveis em muitos hospitais de atendimento ao traumatizado no Brasil, nem por isso um atendimento de qualidade pode deixar de ser prestado, mesmo limitado aos dados clínicos.

- **Monitoração clínica** – é o meio mais prático de se avaliar a eficiência da reanimação, verificando-se os parâmetros fisiológicos como: freqüência do pulso, pressão arterial, pressão de pulso, freqüência respiratória, temperatura corpórea e débito urinário. Periodicamente devem ser reavaliados.
- **Sondas urinárias e gástricas –** a instalação de sondas vesical e nasogástrica também fazem parte da reanimação. O cateter urinário possibilita a medição do débito urinário, o qual é importante marcador da volemia. Além disso, a colheita da urina para exame em laboratório, identificará sangramentos ocultos precocemente. A sondagem nasogástrica previne distensões gástricas, aspirações, e identifica sangramentos nas lesões do trato digestivo alto ou sangue deglutido.

Em ambas as sondagens devemos nos lembrar das contra-indicações como: lesão uretral e fratura da base do crânio.

- **Oximetria de pulso** – os oxímetros de pulso costumam mostrar a freqüência do pulso e a saturação do oxigênio.
- **Radiografias e procedimentos diagnósticos** – nenhum método de imagem pode anteceder a qualquer procedimento que seja decisivo para salvar o paciente.

Todo traumatizado multisistêmico deve ser submetido obrigatoriamente às seguintes radiografias: coluna cervical lateral incluindo até T1, tórax e pelve em incidência ânteroposterior (AP). É preferível que essas radiografias sejam realizadas por aparelho portátil de raios X, na sala de atendimento ao traumatizado e sem interferir na reanimação. Outras radiografias são acrescentadas de acordo com cada caso. Em mulheres grávidas traumatizadas, os exames radiológicos indispensáveis devem ser realizados. O ultra-som abdominal feito com aparelho portátil na sala de reanimação ou o lavado peritoneal são importantes para identificar sangramentos intra-abdominais ocultos que poderão exigir tratamento cirúrgico imediato. Em muitos centros, este exame antecede a paracentese ou lavado peritoneal. Através do mesmo, além de hemorragias, podemos identificar pneumotórax e hemopericárdio. Suas desvantagens incluem: eficiência dependente do médico que realiza o exame, sensibilidade baixa para lesões que não geram líquido intraperitoneal e é prejudicado nos obesos e em pacientes com excesso de gases intestinais.

- **Monitoração eletrocardiográfica** – sempre que possível, deve ser realizada em todo traumatizado, com o objetivo de identificar arritmias ou outras alterações que identifiquem um trauma cardíaco contuso. A atividade elétrica sem pulso pode sugerir um tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo e/ou hipovolemia profunda. Hipotermia importante também provoca arritmias. A hipóxia ou hipoperfusão pode levar à bradicardia, condução aberrante ou extrasístoles.

Exame secundário (exame da cabeça aos pés e tubos e dedos em todos os orifícios)

O exame secundário só pode ser realizado quando o exame primário tiver se completado, a reanimação iniciada e as funções vitais reavaliadas. Uma história e exame físico devem ser realizados da cabeça aos pés, incluindo a reavaliação de todos os sinais vitais. Os procedimentos especiais de imagem e exames laboratoriais são realizados nesta etapa.

História – deve ser colhida uma história rápida e objetiva com o próprio doente, familiares ou quem ofereceu atendimento pré-hospitalar. Sugere-se também seguir um roteiro mnemônico para uma história eficiente, com a sigla AMPLE.

A. Allergies (alergias)
M. Medications currently being taken by the patient (medicamentos de uso habitual)
P. Past illness and operations (histórico médico/prenhez)
L. Last meal (líquidos e refeição recente)
E. Events/Environment related to the injury (eventos e ambiente relacionados ao trauma)

As informações colhidas na história são fundamentais para suspeita das lesões no traumatizado. O estado do doente depende do mecanismo do trauma.

REAVALIAÇÃO

Durante todas as fases do tratamento do traumatizado, a reavaliação deve ser constante e qualquer alteração precocemente diagnosticada e tratada. Internado o paciente, deve-se ficar na expectativa de que a qualquer instante poderá surgir uma intercorrência que necessite de intervenção cirúrgica ou alteração do diagnóstico inicial, devendo o mesmo ser submetido às reavaliações periódicas. No alívio da dor, opiáceos, analgésicos potentes ou seus sucedâneos devem ser evitados, porque mascaram sinais neurológicos e abdominais, causam depressão respiratória e prejudicam a avaliação posterior. Exceto se o doente já tiver sido avaliado por cirurgião de trauma.

Ventilação adequada, oxigenação e tratamento do choque devem ser oferecidos ao doente, sem aguardar a presença do neurocirurgião para instalá-los.

Entre os quadros que podem advir, relata-se o caso de pacientes com exame neurológico normal e desenvolvimento posterior de dilatação da pupila e hemiparesia contralateral, sugerindo um hematoma extradural agudo. Hemorragias ocultas se manifestam horas após o trauma. Nos jovens e atletas, a hemorragia intraperitoneal só apresenta taquicardia e hipotensão arterial tardias. Contusão miocárdica grave pode desenvolver ritmo cardíaco anormal apenas na evolução do tratamento do traumatizado. Tamponamento cardíaco, principalmente os que têm origem no átrio, não costumam iniciar com quadro clínico evidente.

A síndrome compartimental, das extremidades inferiores, pode se manifestar com manifestações de aumento da dor na perna, horas depois do trauma.

O exame secundário inclui a investigação de todas as queixas do paciente, com novas informações sobre doenças anteriores pessoais ou familiares, monitorização contínua dos sinais vitais, e débito urinário, antes do tratamento definitivo ou transferência.

A monitorização do paciente inclui exames repetidos de preferência pelo mesmo médico, notificados no prontuário com data e hora, facilitando as reavaliações do plantão sucessor.

TRATAMENTO DEFINITIVO

O hospital mais próximo especializado no tratamento do traumatizado deve ser o escolhido para receber o paciente.

TRANSFERÊNCIA

Pacientes estabilizados com condições clínicas satisfatórias podem ser transferidos, considerando-se a conveniência da transferência e a existência de vagas, que são monitoradas por uma central de regulação de leitos, que paulatinamente estão sendo instaladas em todo o território nacional. A transferência é um ato de responsabilidade médica, e está sujeito às implicações éticolegais relativas ao mesmo. Geralmente são encaminhados com relatório médico do procedimento realizado, e medicações utilizadas a fim de que seja dada a seqüência do tratamento. Ao transferir o paciente, devemos assegurar: manutenção da permeabilidade das vias aéreas e suporte ventilatório nos casos de TCE graves, reposição volêmica por acesso venoso adequado, controle das hemorragias externas, imobilização provisória e limpeza das fraturas, imobilização da coluna se não foi excluída lesão cervical e as sondagens necessárias ao caso.

Referências

1. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support. Instructor Manual. Chicago: ACS; 1993.
2. Basic and Advanced Trauma Life Support – PHTLS. 3a ed. Mosby Lifeline. 1995.
3. Drapanas T, Litwin MS. Traumatismos: Tratamento do paciente agudamente lesado. In: Sabiston DC. Tratado de Cirurgia. 1a ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979; p.352-400.
4. Freire E. Trauma: a doença dos séculos. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
5. Nazi LA et al. Rotinas em pronto-socorro. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
6. Rogers JH et al. Enfermagem de emergência: um manual prático. Porto Alegre: Artmed; 1992.
7. Coelho MJ et al. O socorro, o socorrido e o socorrer: cuidar/cuidados em enfermagem de emergência. Rio de Janeiro: Anna Nery; 1999. p. 50.
8. Hércules HC. Trauma: a doença do século – mecanismo do trauma. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
9. Neto JB, Gomes EG. Trauma: a doença do século – etiologia do trauma. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
10. Pires MJB, Harling SV. Manual de urgências em pronto-socorro. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
11. Pavelqueires S, Marçal AA, Gomes CPL, Otoboni JR.

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 6 número 4 - /Julho / Agosto de 2007

EDITORIAL

A formação e atuação do enfermeiro obstetra no Brasil e a humanização do nascimento, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler 215

ARTIGOS ORIGINAIS

Condições de trabalho e as implicações no ensino de enfermagem, Ana Cássia Mendes Ferreira, Carlos Roberto Lyra da Silva, Kaneji Shiratori, Thiago Alves Cavalcante, Thiago Louro Quinellato 217

Conhecimentos maternos sobre amamentação entre mulheres assistidas por enfermeiros em unidades de saúde da família, Nayara Pinheiro Ribeiro Freitas, Martha Elisa Ferreira de Almeida, Cristina Leal de Oliveira Costa Alves..... 227

A atuação do enfermeiro frente ao suporte nutricional enteral a pacientes críticos, Michelle Rodrigues Caetano, Suzy Darlen Dutra de Vasconcelos 233

Necessidades humanas básicas afetadas em mães de recém-nascidos hospitalizados, Neli Rute Sargi do Nascimento, Ana Paula de Assis Sales da Silva, Kelly Lopes de Araújo Appel 242

Características do atendimento da equipe obstétrica à mulher durante o quarto período do parto em um hospital geral de ensino, Mariana Torreglosa Ruiz, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler..... 248

REVISÕES

Refletindo sobre a inserção do modelo biológico na prática de enfermagem, Aline Ramos de Carvalho Pinto, Maria Aparecida de Luca Nascimento, Leila Rangel da Silva 256

Ética e bioética: contribuição para o debate da pesquisa em enfermagem psiquiátrica, Priscilla de Oliveira Luz, Jacileide Guimarães..... 260

COMUNICAÇÃO BREVE

Fitoterápicos no período perioperatório: considerações para o cuidado de enfermagem, Keilla Couto Machado, Cecília Maria Izidoro Pinto 267

CALENDÁRIO DE EVENTOS 272

CURSO DE ENFERMAGEM 2007

Urgências e Emergências, Adriana Roloff

IV – Atendimento inicial ao paciente queimado 273

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 280

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UniRio – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UniRio – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Dulce Dirclair Huf (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)

Rio de Janeiro
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164 / 2517-2749
atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

São Paulo
Rua Teodoro Sampaio, 2550/cj15
05406-200 – São Paulo – SP
Tel: (11) 3816-6192

Recife
Monica Pedrosa Miranda
Rua Dona Rita de Souza, 212
52061-480 – Recife – PE
Tel.: (81) 3444-2083 / 9204-0346
atlanticarecife@atlanticaeditora.com.br

Assinaturas
1 ano: R$ 175,00
Rio de Janeiro: (21) 2221-4164
São Paulo: (11) 3361-5595
Email: melloassinaturas@uol.com.br
Recife: (81) 3444-2083

atlântica editora

Editor executivo
Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Publicidade e marketing
René Caldeira Delpy Jr.
rene@atlanticaeditora.com.br

Gerência de vendas de assinaturas
Djalma Peçanha
djalma@atlanticaeditora.com.br

Editoração e arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Atendimento ao assinante
Vanessa Busson
vanessa@atlanticaeditora.com.br

Redação e administração
Todo o material
a ser publicado
deve ser enviado para
o seguinte endereço:

artigos@atlanticaeditora.com.br
ou
Atlantica Editora - Artigos
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil e MN-Metabólica.***

Fotos da capa: *Ana Paula Rocha Ildefonso, Jane Léia Farias, Marcia Estefania Nunes Marques, Maria Lívia Fernandes Pereira, Monica da Costa Guedes, Patricia de Melo Carvajal e Priscila Carvalho da Conceição, Enfermeiras, André Ricardo Granja Dias, Ivone Martins do Vale, Jaqueline Maria Lobo de Oliveira, Jorge Antonio Gomes da Silva, Marcela Binda Lima, Maria Celia Oliveira, Pepita Ennes Cordeiro, Rejane de Araújo Mendes e Suraí de Castro Gonçalves, Técnicos Enfermagem do Hospital Rocha Faria, Campo Grande, RJ.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

A formação e atuação do enfermeiro obstetra no Brasil e a humanização do nascimento

*Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler**

A participação como parecerista no Conselho Editorial da Revista Enfermagem Brasil, permite-nos reconhecer seu crescimento no contexto estrutural e de desenvolvimento nas divulgações científicas no contexto da enfermagem como profissão. Na análise dos artigos são nítidos os esforços de integrantes do Conselho Editorial e dos Editores Executivos e Científicos da revista para melhorar a qualidade das publicações, ampliar o acesso de leitores e abordar temas de interesses nas diversas áreas da Enfermagem brasileira, como, por exemplo, a Enfermagem Obstétrica, amplamente debatida atualmente.

Analisando a evolução histórica da assistência obstétrica no Brasil, verifica-se o seguimento de um alto grau de medicalização, hospitalização e de abuso de práticas invasivas e de alta tecnologia, nem sempre necessárias, nem sempre igualitárias, resultando em taxas excessivas de cesarianas e em opressão da participação efetiva da mulher. Com isso o Brasil alcançou o título de campeão mundial de cesáreas, particularmente nos serviços privados de saúde.

Os benefícios dos avanços tecnológicos e terapêuticos em Obstetrícia, na diminuição dos índices de morbi-mortalidade materna e perinatal são indiscutíveis, mas o comportamento profissional na assistência foi se deteriorando, negando-se maior participação e respeito com a parturiente, principalmente. Vários autores em todo o mundo têm destacado que a assistência obstétrica humanizada deve respeitar a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle sobre a situação, visando o bem estar físico e emocional de mãe e filho. Também, dar condições efetivas para que outros profissionais capacitados, como o enfermeiro especializado na área, possam realizar partos normais e atender a mulher de baixo risco obstétrico, cabendo ao médico obstetra resolver os partos com distocia, com necessidade de intervenção, em especial a cirúrgica.

Várias designações são utilizadas para denominar no Brasil a formação e atuação do enfermeiro com prerrogativa legal para atuar na área obstétrica, como obstetriz, enfermeira obstétrica e atualmente enfermeiro obstetra. A questão da formação e atuação de enfermeiros obstetras tem sido muito debatida atualmente no Brasil, pois ao longo dos anos foi sendo descaracterizada, desmerecida e até dificultada sua participação na atenção ao nascimento. No Brasil foi ocorrendo paulatinamente um fenômeno de exclusão desse profissional, principalmente na atenção ao parto normal, delimitando suas ações a funções burocráticas e administrativas. O resultado foi a diminuição de oferta e demanda de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica e a mudança de cenários de prática profissional dos enfermeiros obstetras.

Nos debates, neste contexto, são abordados principalmente os seguintes fatos: de médicos e hospitais tornarem-se os focos centrais na assistência obstétrica, com exclusão de não médicos e do ambiente domiciliar no atendimento ao nascimento; de demandas desnecessárias de procedimentos com a finalidade de intervir, monitorar e controlar o processo do nascimento; no aumento dos custos da atenção obstétrica; no desmame precoce por

**Obstetra, Livre Docente em Enfermagem, Docente e orientadora da Graduação e da Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).*

falhas na orientação para o aleitamento materno; no aumento das taxas de morbi - mortalidade perinatal, reveladas em altos índices de cesarianas e em deficiências da qualidade da assistência prestada, mostrando uma imagem ruim do Brasil para o mundo.

Nestes debates, enfoca-se a vulnerabilidade da mulher durante o período reprodutivo, os determinantes biológicos e sociais relacionados, a evitabilidade das ocorrências, se fossem tomadas medidas assistenciais adequadas; as políticas públicas preconizadas e a legitimidade e legalidade de atuação em Obstetrícia, respeitando-se os preceitos éticos e legais relativos a cada profissão.

O Ministério da Saúde do Brasil, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde, tem valorizado a formação de enfermeiros obstetras, visando diminuir as taxas de cesarianas e contribuir para a humanização da prática obstétrica. Para tanto, é preciso unir esforços entre profissionais e gestores para melhorar a assistência ao nascimento no Brasil, priorizando-se investimentos financeiros e educativos que levem à melhoria de qualidade de atenção à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Também são necessárias mais pesquisas que subsidiem mudanças na assistência obstétrica, na formação mais qualificada e atuação mais efetiva de enfermeiros obstetras, na alteração de comportamento profissional e institucional, visando não só diminuir os índices de cesarianas, mas também para permitir que a mulher seja a protagonista no processo do nascimento, levando em conta seu direito de vivenciar uma maternidade segura e prazerosa.

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2007;6(4)

Artigo original

Condições de trabalho e as implicações no ensino de enfermagem

Ana Cássia Mendes Ferreira*, Carlos Roberto Lyra da Silva**, Kaneji Shiratori, D.Sc.***, Thiago Alves Cavalcante*, Thiago Louro Quinellato*

Acadêmicos de enfermagem do 9o período, bolsistas de Iniciação Científica PIBIC/CNPq-UNIRIO, **Doutorando em enfermagem, professor assistente do Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da (UNIRIO), * Professora associada do Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)*

Trabalho classificado em 2º lugar (prêmio "Vilma de Carvalho" – Formação Profissional*) durante o 58º CBEn, 5 a 9/11/2006, Salvador BA.*

Resumo

Este estudo aborda as questões concernentes às condições de trabalho dos docentes e sua influência no ensino de enfermagem. Apresenta como objetivos: identificar a maneira como os docentes percebem as suas condições de trabalho; e, analisar a percepção dos docentes e as possíveis influências das condições de trabalho no processo de ensino-aprendizagem. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com a abordagem qualitativa. O cenário constituiu-se em uma instituição pública de ensino superior em enfermagem situada no município do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram 15 docentes, que lecionam na referida instituição. A técnica de pesquisa foi a entrevista com a utilização de um instrumento de coleta de dados. As entrevistas foram gravadas e, como resultado, os docentes apontaram as dificuldades encontradas no dia-a-dia de trabalho, que podem ser agrupadas nas seguintes categorias: condições de trabalho: problemas infra-estruturais, e condições de trabalho e as influências no ensino: afetando a dignidade dos profissionais.

Palavras-chave: condições de trabalho, ensino, enfermagem.

Abstract

Working conditions and the influences in the nursing education

This study approaches questions about the teacher's working conditions and the influences in the nursing education. This research with qualitative approach has as objectives: to identify the way how the teachers perceive their working conditions; and, to analyze the teacher's perception and possible working conditions influences in the education-learning process. The

Artigo recebido em 06 de fevereiro de 2007; aceito em 6 de julho de 2007.
Endereço para correspondência: Ana Cássia Mendes Ferreira, Rua Assis Carneiro 612/401, 20740-260 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 9479-5982, E-mail: aninhaenfunirio@yahoo.com.br

scene consisted in a public institution of higher education in nursing, situated in the city of Rio de Janeiro. The interviewers had been 15 professors, who teach in the cited institution. The research technique was the interview with the use of an instrument of collection of data, the interviews had been recorded. As results the professors had pointed difficulties found in day-by-day of work. These can be grouped in the following categories: working conditions: problems infrastructures, and working conditions and the influences in education: affecting the professionals dignity.

Key-words: work conditions, education, nursing.

Resumen

Condiciones de trabajo y las implicaciones en la enseñanza de la enfermería

Trata este estudio sobre las condiciones de trabajo de los profesores y su influencia en la enseñanza de la enfermería. Objetivos: identificar la manera cómo los profesores perciben sus condiciones de trabajo; y, analizar la percepción de los profesores y las posibles influencias de las condiciones del trabajo en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Se trata de un estudio exploratorio que tiene un abordaje cualitativo. El escenario se constituyó en una institución pública de educación superior en enfermería ubicada en la ciudad de Rio de Janeiro. Los entrevistados fueron 15 profesores, que enseñan en citada institución. La técnica de investigación fue la entrevista con un instrumento de colecta de datos. Las entrevistas fueron registradas. Como resultados, los profesores señalaran las dificultades encontradas en el día-a-día de trabajo. Estas pueden se agrupar en las siguientes categorías: condiciones de trabajo: problemas de infraestructuras; y condiciones de trabajo y las influencias en la enseñanza; condiciones del trabajo y las influencias en la enseñanza: afectando la dignidad de los profesionales.

Palabras-clave: condiciones de trabajo, enseñanza, enfermería.

Introdução

Este trabalho vincula-se ao projeto de pesquisa institucional "Responsabilidade Social da Enfermagem: do significado de pessoa aos paradigmas bioéticos", do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental (Nupeef) do Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio).

O interesse em abordar as questões concernentes às condições de trabalho e sua influência no ensino de enfermagem surgiu ao discutirmos acerca daquelas sob as quais estão submetidos os docentes, que lecionam no curso de graduação em enfermagem, e suas possíveis influências diretas ou indiretas no cotidiano das práticas de ensino.

Atualmente, pode-se observar que as universidades públicas vêm sofrendo um processo de sucateamento evidenciado pela escassez de recursos materiais, financeiros e humanos. O ensino superior, em nosso país, passa por um processo de deteriorização acentuada, particularmente a partir de 1990, como reflexo de políticas governamentais. As universidades públicas tiveram uma redução drástica de verbas, além de sofrer, também, uma grave redução em seus quadros, apesar de, no mesmo período, aumentar em cerca de 30% suas matrículas, ampliar a pós-graduação e o número de professores titulados [1].

O alicerce da educação fundamenta-se em mestres qualificados, decentemente remunerados e com condições de trabalho minimamente garantidas [2]. As condições de trabalho são: o ambiente físico, biológico, as condições de higiene e de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho [3].

Neste sentido, há de se considerar o ambiente de trabalho dos docentes de enfermagem e as suas possíveis influências no processo de ensino e aprendizagem, a fim de preservar a sua dignidade e de não violar os seus direitos, como profissional e pessoa. Dignidade (originária do latim *dignitate*) significa honradez, honra, nobreza, decência, respeito a si próprio [4].

Os direitos humanos fundamentais direcionam-se à proteção da dignidade humana, que se manifesta na autodeterminação consciente e responsável da própria vida [5]. Tais direitos têm como objetivos básicos: o respeito à dignidade humana, a proteção contra a imposição do poder estatal e o estabelecimento de condições mínimas de vida e trabalho [6] e possuem como características: a inalienabilidade, ou seja, não há possibilidade de transferência; a imprescritibilidade, que significa

que não se perdem pelo decurso de prazo; a irrenunciabilidade, não pode ser objeto de renúncia; a inviolabilidade, não pode ser desrespeitada por determinações infraconstitucionais ou por ato das autoridades públicas; a universalidade, ou seja, a abrangência desses direitos engloba todos os indivíduos independentemente de nacionalidade, sexo, raça, credo ou convicção político-filosófica; a efetividade, significa que a atuação do poder público deve ser no sentido de garantir a preservação desses direitos; e a indivisibilidade, porque não devem ser analisados separadamente.

No entanto, observa-se que o atual modelo capitalista tem exercido influência nos modos de agir dos sujeitos no tocante à desvalorização do ser humano frente ao individualismo e o consumismo desenfreado. Tal quadro tem como conseqüência, a valorização do ter em detrimento do ser, bem como o esquecimento quanto à promoção do bem-estar social. Há uma tensão nas relações sociais e trabalhistas, que tendem a se organizar ao redor de interesses particulares, ao invés do interesse comum do coletivo [7]. Trabalha-se muito e em condições duvidosas, a fim de ter-se muito sem necessariamente preservar a dignidade humana.

Com base nas reflexões acerca das condições de trabalho dos docentes de enfermagem, propomos os seguintes objetivos:

- identificar a maneira como os docentes percebem as suas condições de trabalho;
- analisar a percepção dos docentes e as possíveis influências das condições de trabalho no processo de ensino-aprendizagem.

Este estudo justifica-se pelo atual quadro econômico e social, no qual, observa-se a banalização do ser humano, a desvalorização de sua dignidade, bem como as violações dos direitos humanos fundamentais, inclusive no tocante às condições trabalhistas.

Atualmente, um dos grandes problemas enfrentados pelas instituições de ensino superior, que interfere seriamente no cumprimento instituído pela Constituição Federal (1988) [8] e o desempenho de atividades de ensino, pesquisa e extensão, é a escassez de recursos financeiros que afeta as universidades brasileiras [9].

Tais condições repercutem em um âmbito mais amplo, que é o da responsabilidade social e profissional do docente. Porém, como exigi-la, se as condições infra-estruturais cerceiam o processo de ensino e aprendizagem? Dessa maneira, questionamos:

- como as condições de trabalho dos professores influenciam no processo de ensino e aprendizagem em enfermagem?
- quais as suas implicações na preservação dos direitos fundamentais e da dignidade dos docentes?

A compreensão acerca de tais condições e de suas influências no ensino possibilitará a geração de propostas para a melhoria dos serviços prestados como também de meios de reivindicação de melhoria nas condições de trabalho dos docentes de ensino superior em enfermagem.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com metodologia pautada na abordagem qualitativa, tendo em vista a subjetividade que norteia os sujeitos, as suas ações e expressões, bem como a possibilidade de descrição desses significados. Segundo Minayo [10], "A abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas". Tal abordagem detém-se em um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes [11].

O cenário, onde a pesquisa foi realizada, consiste em uma instituição pública de ensino superior em enfermagem, situada no município do Rio de Janeiro. Tal instituição encontra-se instalada em um prédio de seis (6) andares inicialmente projetado para abrigar cerca de cem (100) alunos, com a entrada anual de 30 alunos. Atualmente, aproximadamente 470 alunos estudam em suas dependências, com a entrada anual de 120 alunos, através de concurso vestibular.

No quadro de docentes da referida instituição constam 36 professores, distribuídos em quatro (4) departamentos, dos quais um (1) é mestrando, dois (2) são PhDs, 14 são doutores, 19 são mestres e um (1) é livre docente, cabendo ressaltar que a maioria dos docentes com doutorado e PhD está encarregada de ministrar disciplinas tanto à graduação como à pós-graduação *lato* e *stricto-sensu*.

Os sujeitos são 15 docentes, que lecionam no curso de graduação da referida instituição, dentre os quais 12 são mestres e três (3) são doutores. Os entrevistados autorizaram suas participações, con-

forme a Resolução 196/96 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) [12], com base nos princípios da autonomia, circunscrita à dignidade humana, da não maleficência, da beneficência e da justiça, quais sejam: garantia do anonimato; subscrição do termo de consentimento livre e esclarecido; ausência de ônus ou bônus; direito à desistência a qualquer momento da pesquisa etc.

O princípio da autonomia consiste em que toda pessoa é responsável pelos seus atos, e que a vontade e o consentimento da pessoa livre devem prevalecer, respeitando-lhe a liberdade de querer ou não participar da pesquisa e desistir de participar em qualquer momento que desejar. O princípio da não maleficência consiste em não aplicar a alguém qualquer dano. O princípio da beneficência refere-se à obrigatoriedade da promoção do bem-estar do cliente, garantindo-lhe o máximo de benefícios e o mínimo de danos. O princípio da justiça remete à eqüidade, no sentido de garantir a divisão justa, igualitária e universal dos benefícios que a pesquisa proporcionar [13]. Deste modo, foram atendidos os preceitos éticos e legais que circunscrevem a pesquisa que envolve seres humanos.

Para a coleta de dados, elaboramos um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi submetido aos sujeitos solicitando-lhes autorização para participar no estudo.

Como técnica de pesquisa, utilizamos a entrevista e como instrumento de coleta de dados, aplicamos um roteiro para entrevista semi-estruturada.

Para a análise, foi utilizada a análise temática que segundo Bardin [14], trata-se de um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados. A análise temática consiste em buscar núcleos de sentidos que estão inseridos em uma comunicação cuja presença ou freqüência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Desta forma, emergiram duas categorias analíticas, que foram analisadas à luz da concepção de autores que discutem o processo de trabalho e a educação superior, como Basso [15], Lemos [16], Antunes [17], Codo [18], SESU/MEC [19] e Viana [20].

Resultados

Após a coleta dos dados, foi realizada a análise dos dados extraídos das entrevistas. Todos os entrevistados fizeram ressalvas acerca das influências de suas condições de trabalho na qualidade do ensino prestado aos alunos desta instituição.

As respostas dos sujeitos subsidiaram a nucleação e a formação das seguintes categorias de análise: condições de trabalho: problemas infra-estruturais e condições de trabalho; e as influências no ensino: afetando a dignidade dos profissionais.

Condições de trabalho: problemas infra-estruturais

A infra-estrutura refere-se à "base material ou econômica duma sociedade ou organização" [14]. Deste modo, consideramos como infra-estrutura, recursos materiais, financeiros e humanos.

> "Penso que, embora tenha um excelente ambiente de trabalho no departamento, o mesmo não poderia dizer das condições relativas ao espaço físico (ambiente físico) e dos recursos humanos (secretárias) e materiais. Neste sentido, poderia considerar que são péssimas as condições de trabalho aqui." (D15)

> "Acho que nossos recursos estão muito, muito precários... eu tenho certeza que poderia ser muito melhor." (D7)

Estes depoimentos ratificam a precariedade das condições de trabalho e que reflete nas condições objetivas de seu trabalho, ou seja, na produtividade originária da ação efetiva – planejamento, organização de aulas etc. Se considerarmos a dimensão do trabalho docente, observa-se, em conformidade com Basso [15], que ele compreende os elementos subjetivos e objetivos para a consecução dos objetivos do ensino. No âmbito subjetivo, configura-se a dimensão que é característica do próprio trabalho humano revestida de consciência. As condições objetivas, entendidas como as condições efetivas de trabalho, engloba a organização da prática docente, planejamento escolar, preparação de aula, até a remuneração do professor.

Recursos materiais e financeiros

Um dos primeiros problemas explicitados pelos sujeitos foi a falta de equipamentos, principalmente de informática e aparelhos de ar condicionado. Os mesmos afirmam que nas instituições públicas de

ensino existe uma política de que o professor deve ser empreendedor, no sentido de captar recursos financeiros em instituições financiadoras de pesquisa e investi-los na universidade, a fim de disponibilizar os equipamentos que faltam na instituição.

Esta alternativa de obtenção de recursos deveria ter caráter complementar e não a única alternativa para a falta de investimento por parte do poder público. Do mesmo modo, os sujeitos declaram que utilizam recursos próprios para a efetivação e o desenvolvimento de seu trabalho.

> "(...) e se criou essa 'pseudomística' de professor empreendedor... Essa cultura de jogar sobre o professor o empreendedorismo de ir buscar, nas agências financiadoras, condições de trabalho." (D1)

> "O empreendedorismo é para acrescentar e não colocar o que o poder público tinha que colocar." (D1)

> "O departamento se 'cotizou'... Compramos um ar condicionado e instalamos na sala de aula. Acho isso um absurdo, mas um absurdo que, se não fizer com meu grupo, eu não vou trabalhar com ar condicionado." (D2)

> "Nem as condições mínimas não tem. Não tem computador, nem mesa pra todos trabalharem, nós temos que comprar por nós mesmos..." (D3)

> "Fica o professor, através de encaminhamento à agência de financiamento, botando computador novo." (D4)

> "Fica muito difícil trabalhar com falta de material e equipamentos, principalmente os de informática." (D6)

> "Se tivesse o recurso matéria pra gente estar implementando essa questão das estratégias pedagógicas, e tudo mais, seria melhor." (D8)

> "A gente trabalha muito com recursos próprios, né? Livro é seu livro, seu material de apoio, sua pesquisa, enfim." (D9)

> "Apesar da escassez de recursos materiais, os docentes afirmam que utilizam a boa vontade e o compromisso para manterem a qualidade do ensino-aprendizagem e da pesquisa em um nível satisfatório. A gente trabalha muito com boa vontade." (D4)

> "A gente tem um desdobramento muito maior pra tentar dar uma aula de qualidade, montar projeto de qualidade e manter um nível." (D6)

> "Percebo um compromisso e, aí, as coisas acabam acontecendo." (D10)

> "Então eu entendo que, mesmo com dificuldades, é preciso fazer." (D13)

> "A gente faz o que pode da melhor maneira possível. Acredito que somos bastante compromissados, nós os professores." (D14)

> "Os docentes afirmam que suas condições de trabalho poderiam ser melhores, se mais recursos financeiros fossem repassados às instituições de ensino e não houvesse tanta corrupção. O poder público retira cada vez mais dinheiro (...)" (D1)

Através das expressões dos docentes, é possível considerar a compreensão que havia no marxismo, quando se referia à crítica do capital em relação ao trabalho humano como parcela indispensável para a reprodução da mais-valia, com valorização do capital, lógica esta que permanece inalterada, pois é necessário aumentar a produtividade em detrimento das condições do trabalho e do sofrimento/sacrifício do trabalhador.

O trabalho docente, especificamente aquele referente à educação pública, enquanto profissão apresenta-se, atualmente, em um dos seus piores momentos, apesar de ser visto como elemento essencial para a sociedade, que, ainda hoje, luta em todos os espaços pela sua valorização e reconhecimento social do seu trabalho [16], ainda que para isso seja o financiador para o exercício de suas funções em condições mínimas de decência.

> "(...) você escuta, a cada dia, essas notícias de roubos e esquemas e coisas que você fica

> pensando assim 'todo esse dinheiro poderia estar sendo investido', né?" (D7)

> "(...) a gente observa que o Governo, que a administração, enfim, que eles usam mil formas de estar tirando dinheiro, que poderia ser investido, para outras coisas." (D8)

Essa lógica destrutiva imposta no trabalho docente pode, se analogicamente considerada, relacionar-se com o que é apontada em Antunes [17] como conseqüente ao modelo de regulação social democrático, que deu sustentação ao chamado estado de bem estar social, em vários países centrais, sendo solapado pela (des)regulação neoliberal, privatizante e antisocial.

Recursos humanos

A ausência de recursos humanos, tanto docentes quanto técnico-administrativos foi outro problema explicitado pelos sujeitos. No que se refere ao *déficit* quantitativo no quadro docente, os sujeitos afirmam que tal condição gera sobrecarga, pois são obrigados a realizar atividades além das suas atribuições, uma vez que faltam professores e boa parte do corpo docente ativo é dividida entre as atividades dos cursos de graduação e pós-graduação, o que faz ampliar a relação alunos/docentes.

> "Quando entrei aqui era um número. Hoje é esse número menos 3, sendo que os que ficaram acumularam o que era dos outros." (D1)

> "São apenas 35 professores levando a escola..." (D5)

> "A carência de professor também é um fator importante, haja vista que sobrecarrega o professor e seu conteúdo." (D6)

> "A carga horária atrelada à carência de professor causa desgastes físico, mental e psicológico." (D13)

A falta de docentes é conseqüente à escassez de concursos públicos, que possibilitariam a admissão de novos professores para compor o quadro docente institucional, e do processo de aposentadoria dos professores que nela lecionavam. O mesmo ocorre com os funcionários com cargos técnico-administrativos. Tal diminuição nos quadros de funcionários acarreta aos professores a execução de funções da alçada dos profissionais técnico-administrativos, o que sobrecarrega, ainda mais, os docentes, prejudicando o trabalho do professor na instituição, o que certamente, compromete a formação acadêmica do aluno em todos os níveis.

> "(...) também a ausência de recursos humanos, secretariado nos departamentos, o professor faz tudo, entendeu?" (D1)

> "(...) e o departamento não tem secretário." (D3)

> "(...) o professor faz trabalho técnico-administrativo. Então, como isso vai dar a ele condições de dar aula e fazer pesquisa?" (D5)

Tal situação de sobrecarga de atividades dos professores foi evidenciada durante o período de coleta dos dados, no qual os docentes tiveram dificuldades em marcar a data para a realização das entrevistas.

O achatamento salarial é citado por um dos sujeitos como um fator que prejudica a atualização e a participação do docente em eventos científicos, sem poder, assim, estar divulgando e representando o nome da instituição onde trabalha.

> "Os professores, com razão, pensam duas vezes no seu aluguel, no seu dinheiro de pagar escola etc. para família ou ir para os eventos técnicos e científicos." (D3)

Verifica-se, a acumulação do trabalho, tendo em vista a desproporcionalidade da relação alunos/docentes e a diversidade de atividades na graduação, pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, pesquisa e extensão além das atividades concernentes às tarefas administrativas e burocráticas, sem funcionários técnico-administrativos para a composição do quadro, sem a contrapartida de um salário, no mínimo, adequado.

No que se refere às tarefas diversificadas e fragmentadas, acresce-se, além do aumento das exigências sobre estes profissionais, a pressão acentuada por metas de produtividade em menor tempo e pela necessidade de capacitação e atualização constante

de conteúdos a serem ministrados [16]. Ou seja, a universidade só terá os méritos se, no mínimo, possuir em seus quadros doutores e mestres que, além das atividades descritas, também desenvolvam projetos de pesquisa e de extensão e possuam publicação em revistas indexadas no padrão mínimo de Qualis/CAPES – internacional C, e participem das entidades de classe e dos eventos técnicos e científicos.

Condições de trabalho e as influências no ensino: afetando a dignidade dos profissionais

Todas essas condições, aliadas à desvalorização tanto do trabalho do professor e dos técnicos administrativos, como a falta de valorização por parte dos alunos, enquanto alunos são assinalados pelos sujeitos como elementos que influenciam diretamente no processo de ensino-aprendizagem, afetando a qualidade da formação profissional dos mesmos.

Do mesmo modo, todos esses fatores proporcionam um desestímulo ao professor, que sente a necessidade de prestar um ensino de qualidade, mas que, muitas vezes, é cerceado pela falta de condições mínimas necessárias.

> "E a gente, cada vez mais alienado, aceitando o mínimo, e esse mínimo não dá uma boa formação pedagógica." (D2)

> "Tudo isso acaba influenciando no trabalho da graduação e no trabalho da pesquisa e isso realmente vai ter, como resultado de qualidade, um aluno que seria melhor formado dentro de uma instituição onde o professor fosse melhor valorizado, onde o técnico administrativo fosse valorizado, e onde o aluno fosse valorizado." (D4)

> "Eu acho que afeta na medida em que o professor fica muito desestimulado." (D9)

> "Às vezes, você perde a oportunidade de estar mostrando um avanço tecnológico, algo que seja mais de ponta, porque o espaço não tem, não oferece." (D10)

> "Fica muito difícil trabalhar com falta de material e equipamentos, principalmente os de informática, ferramenta fundamental e facilitadora do processo ensino-aprendizagem." (D11)

> "Desmotiva por comprometer o planejamento das atividades acadêmicas e limitar as possibilidades de se ampliar o processo ensino-aprendizagem." (D12)

> "Quando não se dispõe de recursos humanos de apoio, boas instalações físicas e recursos materiais, ainda que haja competência e disposição do professor, o ensino-aprendizagem será comprometido." (D15)

Os sujeitos também afirmaram que as suas condições de trabalho, ao dificultarem seu trabalho, refletem-se em outro âmbito, o da violação de sua dignidade, impedindo a realização de seu trabalho de melhor forma. Os docentes associam a dignidade ao modo como se sentem diante das dificuldades encontradas no cotidiano do ensino. Porém, declaram que, apesar dessas condições desfavoráveis, devem lutar por melhorias nas condições trabalhistas.

> "Como é que posso me sentir digno, tendo que fazer todos os malabarismos pro aluno trabalhar e aprender, aprender a trabalhar com o mínimo?" (D2)

> "Agora no meu segundo momento, como professor de ensino clínico, se eu preciso de uma compressa, uma bolsa de compressa morna pra tirar uma dor de cólica e não tem, que dignidade é essa?" (D5)

> "Acredito que a gente tem de preservar a questão pelo que é público (...). Realmente lutar pela dignidade para que isso se mantenha. Isso é importante, e não colaborar com o sucateamento." (D7)

> "Afeta para motivar e estar realmente questionando e buscando uma melhor qualidade, uma dignidade." (D11)

> "Me prejudica no sentido dos desgastes físico, mental e psicológico." (D13)

> "Eu ainda sou uma pessoa bastante otimista." (D14)

> " (...) entretanto não poderia negar que tais condições agridem frontalmente a minha dignidade e os meus direitos, enquanto docente de uma universidade federal." (D15)

Discussão

O trabalho humano possui um duplo caráter: por um lado é fonte de realização, satisfação, prazer, estruturando e conformando o processo de identidade dos sujeitos; por outro, pode também transformar-se em elemento patogênico, tornando-se nocivo à saúde física e mental [17].

A partir dos dados obtidos, pode-se inferir que o quadro atual das universidades federais deve-se ao descaso, por parte do poder público, no que se refere ao ensino superior, caracterizado por uma política de redução ou quase ausência de investimento. O orçamento da União para o sistema federal de ensino superior permaneceu quase inalterado nos últimos sete anos. Apesar disso, o sistema se ampliou, com crescimento de mais de 25% na graduação e 90% na pós-graduação e, o que é mais importante, mantendo a qualidade do ensino [21]. Isso evidencia o esforço que os docentes fazem para que o seu trabalho seja o melhor possível, mesmo em condições de trabalho desfavoráveis. Tal esforço repercute negativamente na saúde dos profissionais, podendo desencadear problemas, como desgastes físico, mental e psicológico.

O descaso geral no que se refere ao ensino público nos vários níveis reflete nas condições de trabalho dos docentes. O professor, ao buscar no trabalho a fonte de prazer e realização e encontrar nele uma fonte de sofrimento e desgaste, entrará em conflito com a organização [16], pois no contexto de trabalho, a organização é a vontade do outro que se impõe sobre si.

Segundo o depoimento dos docentes, nem as mínimas condições de trabalho são disponibilizadas pelo poder público, o que viola a dignidade dos sujeitos, uma vez que os seus direitos, enquanto cidadãos e profissionais lhe são aviltados. As condições desfavoráveis influenciam negativamente na formação acadêmica do alunado, pois alienado do processo como um todo, em uma sociedade individualista e anti-social, talvez não reconheça o papel que deve exercer junto aos poderes públicos em busca de condições melhores de ensino.

No entanto, mesmo diante desse quadro, a produção técnica, acadêmica e científica é exigida, anualmente de cada docente, independente das condições de sua produção, pois a avaliação é rigorosa em todos os sentidos, isto é dentro da lógica da produção com o mínimo de gasto.

As condições de trabalho dos docentes e a sua influência no ensino-aprendizagem, especialmente no curso de graduação em enfermagem, nos leva a refletir acerca da qualidade dos profissionais enfermeiros que as universidades públicas estão formando e na repercussão desta formação na prática cotidiana do fazer em enfermagem e no reconhecimento social da profissão. Temos observado que os enfermeiros estão saindo despreparados para o mercado de trabalho, no que consideramos mais agravante, o pensamento crítico [18].

A universidade pública é um bem, intimamente ligado ao projeto nacional, e compete ao Estado fomentá-la [22]. Do mesmo modo, o secretário de Educação Superior (SESu), Sr. Carlos Roberto Antunes, lembrou que o ensino superior gratuito faz parte do programa de Governo, e é "dever do Estado" [23]. Que estranha dicotomia é essa? Gratuidade dos cursos de excelência com a precariedade das condições de trabalho docente?

O Governo busca manter a governabilidade com a ilusão do ensino superior para a juventude, políticas compensatórias, como a política de cotas, inclusão de excepcionais, entre outras, e paliativas à reconhecida falta de qualidade do ensino básico [24]. A reforma universitária aprofunda a precariedade do trabalho docente e, por conseguinte, a produção intelectual nacional trazendo a proposta de aumentar o número de vagas nas universidades estatais, sem, contudo, ampliar o quadro docente e de funcionários técnico-administrativos. Esta elevação desencadeia automaticamente o aumento da carga horária dos professores, do número de alunos em sala de aula, avaliação de trabalhos escritos, entre outros [24].

O processo de expansão dos cursos de graduação e de pós-graduação tende a produzir um grande número de doutores e mestres que estarão competindo no mercado de trabalho, ocasionando uma queda nos salários e diminuindo a qualidade do ensino, que acompanha o crescimento desta oferta. Neste sentido, os professores perdem, pois terão as suas condições de trabalho precarizadas, a sua produção intelectual limitada e os seus salários diminuídos [19].

No final, apenas os empresários da educação ganham porque conseguem ampliar o seu mercado consumidor devido aos incentivos governamentais. As empresas capitalistas ganham com a produção ampliada originária da força de trabalho, o que lhes permite aumentar a exploração com a queda dos salários oriunda da competição pelo mercado de trabalho.

Na maior parte das vezes, os trabalhadores aceitam precárias condições de trabalho, sem, ao menos, questionar e reivindicar os seus direitos, enquanto cidadãos, permanecendo alienados em troca de uma remuneração mensal e/ou gratificação financeira que, em geral, sequer suprem as suas necessidades básicas de sobrevivência. Este método de controle dos trabalhadores foi descrito da seguinte maneira: "Quando trabalhamos precisamos trabalhar; quando nos divertimos, devemos nos divertir. O que não se pode é conduzir as duas coisas. O único objetivo deve ser entregar o trabalho feito e receber uma paga" [20].

Tal visão acerca do trabalho afasta do mesmo toda dimensão lúdica, tirando do trabalhador a possibilidade de realização pessoal, de trabalhar com mais liberdade, esperando dos mesmos que vivam de modo mecânico, trocando a sua satisfação por dinheiro [25].

Estas questões reforçam a necessidade de reflexão sobre o futuro do ensino no Brasil, uma vez que é, no campo da educação, que está sendo decidido o futuro do país e o seu papel no mundo. As diferenças de renda no Brasil estão diretamente associadas às diferenças de escolaridade, e estas refletem e perpetuam as nossas desigualdades sociais.

Conclusão

A partir da realização deste trabalho, foram identificadas as condições de trabalho às quais os docentes de enfermagem estão submetidos e de que forma elas influenciam no processo de ensino-aprendizagem. De alguma forma, este estudo constitui-se num meio pelo qual os professores puderam ser ouvidos, daí, questionando-se: por que eles não se mobilizam e reivindicam mudanças em tais condições?

Apesar da medida recente do Governo de aumentar a verba para o ensino superior em, pelo menos, 75% do orçamento anual do Ministério da Educação (MEC), com a garantia de aplicação, por dez anos, devemos observar se este recurso será repassado e se será utilizado da melhor forma.

As condições de trabalho docente são determinadas pela inequívoca falta de investimento e pela redução no quadro docente e de funcionários, técnico-administrativos e de apoio, além das conseqüências trazidas pelo contingenciamento de transferências de recursos pela União.

Enquanto os organismos governamentais tratarem a educação pública superior como fonte de divulgação sistemática apenas pelo lado dos custos que ela fomenta, sem medir os resultados dos impactos que o país experimenta, estaremos submetidos à lógica do capital, produzindo mais a custo mínimo independentemente de verificar-se o preço que a produção vem auferindo às custas das condições de produção precárias, defasadas e deterioradas. Ao mesmo tempo, observando-se com os trabalhadores, no caso deste estudo, os docentes, submetidos à condição de penúria. Ou seja, finge-se que se trabalha bem em conformidade com o salário recebido, da mesma forma que se finge satisfação com os profissionais qualificados que são lançados semestralmente no mercado e que são avidamente absorvidos para a produção de trabalho e de serviços, pois se entende que os melhores são aqueles egressos das universidades públicas, ainda que seu processo de formação tenha sido aquém daquilo que poderia ter sido, se auferido em um contexto cujas condições de trabalho docente fosse em qualidade idêntica com a formação e a produção que é exigido dele.

A atual exigência social diferencia-se daquela de alguns anos atrás, exige-se, que a universidade proporcione a formação de profissionais com competências e habilidades para atuar em uma sociedade plural que apresentem condições de criar, transformar a realidade, bem como produzir novos produtos e serviços, novos espaços de inserção e interação com todos os grupos sociais, seja produzindo novos conhecimentos ou mesmo legitimando os poderes que são conferidos pelo título que as universidades outorgam. Como atender à nova ordem social, se no âmbito das universidades públicas as condições de trabalho são as mais aviltantes, precárias e antihumanas? Como discutir com aqueles que irão cuidar de pessoas humanas o que é dignidade de um trabalho, se disso o docente está afastado pelas condições que lhe impõe de trabalho? Como discutir novas técnicas, os avanços do conhecimento, se a universidade não oferece condições orçamentárias e financeiras para garantir o desenvolvimento do ensino e para isso o docente necessita extrair, freqüentemente, do seu orçamento a parcela para

cotizar com os demais para aquisição de material, livros e equipamentos?

Destacamos que o resultado de qualquer pesquisa deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa, tendo em vista que, em termos de ciência, as afirmações podem superar conclusões prévias e também serem superadas por afirmações futuras. Assim, ressaltamos que este estudo apresenta uma experiência primeira, consistindo apenas na ponta de um novelo.

Finalizando, enfatizamos que somente através da educação ocorrerá o processo de diminuição das desigualdades sociais em nosso país com conseqüente inclusão social dos marginalizados. Do mesmo modo, que é através do ensino superior que se formarão profissionais que atuarão no mercado de trabalho e que será determinada por toda carga de conhecimentos adquirida na academia.

Para a enfermagem, somente através de uma verdadeira reflexão e mobilização na formação acadêmica será possível a formação de profissionais conscientes, críticos, ativos, compromissados e reconhecidos socialmente por suas habilidades técnico-científicas.

Agradecimentos

A todos que contribuíram para a realização e consolidação deste estudo: Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); docentes que participaram deste estudo e financiadores do estudo (Departamento de Pesquisa e Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa – UNIRIO, CNPq e FAPERJ).

Referências

1. Baldijão CE. A reforma do ensino superior. [citado 2005 Nov 15]. Disponível em: URL: http://www.pt.org.br/assessor/educacao.htm
2. Guimarães JA, Filho NM, Mota R. O MEC e o desafio das reformas. [citado 2005 Dez 01]. Disponível em: URL: http://www.mec.gov.br/reforma/
3. Dejours C. A loucura do trabalho. São Paulo: Cortez; 1994.
4. Ferreira ABH. Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira;1986.
5. Shiratori K, Silva RCL, Bezerra JRF et al. A garantia dos direitos humanos fundamentais: a reflexão para o desenvolvimento do cuidado em enfermagem. In: Pesquisando em enfermagem, 2002, Rio de Janeiro. Anais Pesquisando em Enfermagem. Rio de Janeiro: Uerj; 2002.
6. Dirienzo MAB. Violação dos direitos humanos. [citado 2005 Fev 16]. Disponível em: URL: http://www.cotianet.com.br/seg/dh.htm
7. Boff L. Ética e moral: a busca dos fundamentos. Rio de Janeiro: Vozes; 2003. p.27.
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 34a ed. São Paulo: Saraiva; 2004.
9. Silva AC. O Instituto de Ciências Biomédicas da USP, 25 anos. Congresso do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo, 2. Jubileu de Prata, São Paulo: ICB Publicações; 1997. p.1-14.
10. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes;1994.
11. Cruz C, Ribeiro U. Metodologia científica: teoria e prática. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil; 2003.
12. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. [citado 2005 Mai 10]. Disponível em: URL: http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html.
13. Shiratori K, Teixeira MS, Silva SA et al. Bioética e tecnociência: reflexões para a enfermagem. In: Figueiredo NMA (org). Técnicas e tecnologias em saúde: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem. São Caetano do Sul: Difusão; 2004. p. 294-337.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
15. Basso IS. Significado e sentido do trabalho docente. Cad. CEDES [online]; 1998 [citado 2005 Mai 10];19(44):19-32. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php
16. Lemos JC. Cargas psíquicas no trabalho e processos de saúde em professores universitários [tese]. Florianópolis: UFSC; 2005. 147 p.
17. Antunes R. Crise capitalista contemporânea e as transformações do mundo do trabalho. In: Crise contemporânea, questão social e serviço social. Capacitação em serviço social e política social, módulo I. Brasília: CEAD; 1999. p. 19-31.
18. Codo W, Vasques I. Trabalho docente e sofrimento: burnout em professores. In: Azevedo J, Gentili P, Krug A, Simon C (eds). Utopia e democracia na educação cidadã. Porto Alegre: Universidade; 2000. p.369-81.
19. SESU/MEC. Universidade: desafio ou retrocesso? [citado 2005 Dez 20]. Disponível em: URL: http://www.mec.gov.br/acs/asp/noticias/noticiasId.asp?Id=4697
20. Viana N. Reforma Universitária: quem ganha, quem perde? Rev Espaço Acadêmico [S.I]; 2004 [citado 2006 Abr 20];4(43). Disponível em: URL: www.espacoacademico.com.br/043/43cviana.htm
21. Ferreira ABH. Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira;1989.
22. Pirola R. A graduação na Universidade: perspectivas de financiamento. Projeto Institucional de Graduação da UFES, I Seminário de Graduação, 2004. [citado 2006 Jan 06]. Disponível em: URL: http://www.prograd.ufes.br/
23. Stacciarini JMR, Esperidiao E. Reviewing teaching strategies in a learning process. Rev Latinoam Enfermagem 1999;7(5):59-66.
24. Santos B. A universidade no século XXI. São Paulo: Cortez; 2005. [citado 2005 Nov 20]. Disponível em: URL: http://www.mec.gov.br/reforma/
25. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 1a ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2007;6(4)

Artigo original

Conhecimentos maternos sobre amamentação entre mulheres assistidas por enfermeiros em unidades de saúde da família

Nayara Pinheiro Ribeiro Freitas*, Martha Elisa Ferreira de Almeida, M.Sc.**,
Cristina Leal de Oliveira Costa Alves***

*Enfermagem pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, **Nutricionista, docente dos cursos de Graduação em Nutrição e Enfermagem do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, ***Enfermeira, Pós-graduada em Programa Saúde da Família, Violência Contra a Mulher e Educação em Enfermagem, docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Resumo

A pesquisa foi realizada com 25 mulheres que responderam a questionário estruturado, contendo perguntas sobre seu estado socioeconômico, quais orientações sobre os aspectos práticos e teóricos do aleitamento materno foram oferecidas pelo enfermeiro, como estas orientações foram repassadas e qual a avaliação feita pelas mesmas. Observou-se que as mulheres entrevistadas conhecem a importância do aleitamento materno, porém no que diz respeito ao aspecto prático, um número significativo destas não foi orientada, cabendo assim ao enfermeiro adotar uma nova postura na orientação e manejo do aleitamento para que ocorra sucesso na amamentação.

Palavras-chave: amamentação, assistência, enfermeiro.

Abstract

Maternal knowledge on breastfeeding among women attended in family health units

The research was carried out with 25 women that answered a structured questionnaire, containing questions on their socioeconomic status, informing which orientations on the practical and theoretical aspects of breastfeeding were provided by the nurse, how these orientations were transmitted and their evaluation. It was observed that the interviewed women know the importance of breastfeeding, however a significant number was not informed concerning practical aspect, consequently the nurse must adopt a new posture regarding orientation and breastfeeding management in order to achieve breastfeeding success.

Key-words: breast-feeding, assistance, male nurse.

Artigo recebido em 29 de setembro de 2006; aceito em 10 de julho de 2007.
Endereço para correspondência: Martha Elisa Ferreira de Almeida, Rua Pedras Bonitas, 575/103, Iguaçu, 35162-000 Ipatinga MG, E-mail: marthanutri@yahoo.com.br

Resumen

Conocimientos maternos sobre amamantación entre mujeres asistidas por enfermeros en unidades de salud de la família

La investigación fue realizada con 25 mujeres que respondieron un cuestionário estructurado, conteniendo preguntas sobre su estado socioeconómico, cuyas orientaciones sobre aspectos prácticos y teóricos de amamantación materna fueron ofrecidas por el enfermero, las mismas que fueron entregadas para la evaluación respectiva. Fue observado que las mujeres entrevistadas conocian la importáncia de amamantación materna, pero en relación al aspecto prático, un número significativo de estas no fue orientada, cabiendo de esta forma al enfermero adoptar una nueva postura en la orientación y manejo de amamantación para que ocurra con suceso.

Palabras-clave: lactancia materna, asistencia, enfermero.

Introdução

Os benefícios nutricionais e imunológicos tornam o leite humano o alimento ideal para o lactente, sem contar seu efeito psicossocial positivo sobre o binômio mãe-filho [1]. Por tais motivos, a prática do aleitamento materno é preconizada pela Organização Mundial de Saúde, devendo ser exclusiva até os seis meses de idade do bebê e complementar até seus dois anos de idade ou mais [2].

Em um diagnóstico do aleitamento realizado no Brasil durante a década de 1980, o desmame precoce foi identificado como um dos fatores de desnutrição e de altas taxas de mortalidade infantil [3]. Na mesma década, o Instituto Nacional de Saúde e Nutrição (INAN) realizou um estudo no Brasil apontando o tempo médio de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo de 134 e 72 dias, respectivamente [4].

Foram apontadas como causas para o desmame precoce a desinformação das mães, dos profissionais de saúde e da comunidade em geral; as rotinas e estruturas inadequadas dos serviços de saúde; a inserção da mulher no mercado de trabalho e a publicidade indiscriminada de alimentos infantis industrializados [3].

Ao longo dos anos, na tentativa de mudar esse cenário, o país estruturou programas e ações de saúde pretendendo solucionar esses problemas, como a implementação da estratégia saúde da família, que dentre as ações desenvolvidas pela equipe de saúde destaca-se a assistência materno-infantil, que envolve a promoção e o manejo do aleitamento materno [5].

Como o enfermeiro é parte integrante dessa estratégia, cabe a ele, como a todos os profissionais da equipe, auxiliar na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, uma vez que o conhecimento sobre a amamentação não é próprio da mulher, ele tem que ser adquirido através da cultura, das experiências e das informações. Nesse contexto, o período pré-natal e puerperal torna-se importante para sensibilizá-la e prepará-la para a amamentação [6].

Segundo o levantamento feito pela OMS e UNICEF, somente 24,5% das mães referem ter recebido orientação sobre a amamentação durante o acompanhamento pré-natal, pois uma parcela importante dos profissionais de saúde não está preparada para orientá-las no ciclo gravídico-puerperal acerca da orientação, estímulo e manutenção do aleitamento natural [7], sendo que "os profissionais de saúde, por meio de suas atitudes e práticas, podem influenciar positiva ou negativamente o início da amamentação e sua duração"[8].

Deste modo, as ações de promoção à saúde tornam-se uma importante ferramenta de trabalho para o enfermeiro, que tem papel principal na ajuda e aconselhamento as mães que desejam amamentar. Essas ações estendem-se desde o pré-natal, o qual deverá desfazer mitos, prevenir e tratar as possíveis complicações, até o puerpério, o que contribuirá para a formação da autoconfiança, ocorrendo assim, o sucesso na amamentação [9].

Mediante esses aspectos, o presente estudo teve como objetivo conhecer o nível de informação materna sobre amamentação entre mulheres assistidas por enfermeiros durante o período de pré-natal e puerpério nas Unidades de Saúde da Família do município de Timóteo, Minas Gerais.

Material e métodos

O estudo do tipo transversal foi desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família do município de Timóteo, MG, em julho de 2005. O município de Timóteo possui sete Unidades de Saúde da

Família, localizadas nos bairros Alegre, Recanto Verde, Limoeiro, Macuco, Cachoeira do Vale, Ana Moura e Novo Tempo. Pelo fato das duas últimas Unidades terem permanecido sem os enfermeiros correspondentes no período da coleta de dados, não foi possível obter a autorização dos mesmos para a realização da consulta na agenda de pré-natal, impossibilitando assim, a pesquisa nesses locais.

Estudou-se uma amostra de 25 mães com idade entre 15 e 40 anos, que participavam do programa de atenção pré-natal com o profissional enfermeiro nas unidades referidas, sendo que em cada unidade foram entrevistadas 5 mães escolhidas de forma aleatória. Este número de avaliadas correspondeu a 15% do total de mulheres atendidas em todas as referidas Unidades de Saúde da Família no mês antecedente a pesquisa.

Após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 196/96), as entrevistadas responderam a um questionário estruturado contendo perguntas sobre seu estado socioeconômico, quais orientações sobre os aspectos práticos e teóricos do aleitamento materno foram oferecidas pelo enfermeiro, como estas orientações foram repassadas e qual a avaliação feita pelas mesmas, entre outras.

Os dados foram tabulados no *microsoft office excel* (2003) e foram apresentados na forma de tabelas.

Resultados e discussão

No presente estudo, as mulheres entrevistadas caracterizam-se por baixa escolaridade, com predominância do ensino fundamental incompleto (32%), como observado em estudos semelhantes [10,11]. Para alguns autores [12,13], o nível de escolaridade associa-se positivamente com a duração da amamentação, entretanto tal fato é discordado por outros pesquisadores [14,15].

A renda familiar predominante foi de 1 a 2 salários mínimos (56%) assim como no estudo realizado com as puérperas do Rio de Janeiro [10]. Sendo relatado que nos patamares de maior nível socioeconômico a duração do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo atinge valores mais altos [14,16,17].

Dentre as mulheres pesquisadas, 56% apresentam idade entre 21 e 30 anos assim como em outros estudos [10,11] e 52% são casadas e trabalham fora do lar, sendo relatado que a situação conjugal não se associa com a duração da amamentação [12]. Alguns autores associam [13] ou não [14,15] a influência do desmame precoce com o trabalho fora do lar, assim como aluguns autores que associam [17]ou não [12,13] e a idade materna com o desmame precoce.

Dentre as mães pesquisadas, 44% são primíparas, dado este semelhante àquele do estudo realizado com puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa [11]. Das multíparas, 92,85% possuem de 1 a 2 filhos e 7,14% possuem de 3 a 4 filhos, sendo relatado que as primíparas possuem menor chance de amamentar seus filhos quando comparadas com as multíparas [13,14,17].

Em relação ao número de consultas de pré-natal, a grande maioria das mulheres (96%) afirmou ter realizado cinco ou mais consultas, um valor semelhante ao observado no estudo em que as mulheres realizaram em média oito consultas [10], sendo relatado que o número de consultas pré-natais não influencia a duração do aleitamento materno [12].

Todas as mulheres avaliadas afirmaram ter recebido orientação sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, diferindo do estudo em que apenas 83,3% das mulheres relataram tal informação [10].

Durante a gravidez, a mulher apresenta muitas dúvidas sobre o processo gestacional e da lactação, sendo relatado que a conversa entre o enfermeiro e a gestante sobre suas expectativas, crenças e experiências anteriores ocorreu com 80% destas mulheres. Observou-se que todas as mães receberam apoio do pai da criança e dos demais membros da família.

As distribuições das tabelas abaixo analisadas têm como base um número de ocorrências de cada resposta, isto porque as entrevistadas (n = 25) marcaram mais de uma opção, levando em conta sua relevância.

Em relação aos benefícios do aleitamento materno para as mães, 16% relataram não ter recebido informação a esse respeito, percentual este aumentado nos estudos [10,11]. Entretanto, 84% das mães consideraram que a amamentação traz benefícios para a mulher, sendo o mais citado a recuperação do peso pré-gestacional (Tabela I), diferindo de estudos em que a praticidade e a proteção contra o câncer de mama foram as vantagens mais citadas respectivamente [10,11].

Tabela I - Distribuição das entrevistadas que afirmaram ter recebido orientação sobre as vantagens do aleitamento materno para a sua saúde, segundo opções de respostas.

Opções de respostas	Nº de respostas	%
Recuperação mais rápida do peso pré-gestacional	19	76
AME e em livre demanda produz efeito contraceptivo	6	24
Proteção contra o câncer de mama e ovário	15	60

Todas as mães responderam que a amamentação traz benefícios para a criança (Tabela II), sendo os mais citados àqueles referentes a proteção contra infecções (92%), assim como no estudo [10] no qual 47,4% das mães referiram a proteção do leite materno contra doenças. Entretanto ainda há uma grande preocupação com este fato, pois este benefício foi citado por apenas 5,70% das mães [11].

Tabela II - Distribuição das entrevistadas que afirmaram ter recebido orientação sobre as vantagens do aleitamento materno para a saúde da criança, segundo opções de respostas.

Opções de respostas	Nº de respostas	%
Proteção contra infecções	23	92
Proteção contra alergias	9	36
Proteção contra doenças crônicas	5	20
Promoção do vínculo mãe-filho	21	84
Promoção da saúde bucal	9	36
Melhor aceitação de novos alimentos na fase do desmame	5	20

Mesmo sabendo da grande divulgação das vantagens econômicas do aleitamento materno, 40% das mães relataram não ter recebido tais informações. Fato este bastante preocupante, pois é mais barato e eficaz garantir a complementação alimentar de nutrizes carentes, do que distribuir fórmulas ou leites [18]. As informações repassadas pelo enfermeiro a esse respeito estão presentes na Tabela III.

Quando questionadas se foram informadas sobre os possíveis contaminantes do leite materno, 92% responderam ter sido informadas. Os contaminantes sob a forma de medicamentos foram citados por 84% (n = 21), álcool por 80% (n = 20) e cigarro por 76% (n = 19).

Tabela III - Distribuição das entrevistadas que afirmaram ter recebido orientação sobre as vantagens econômicas do leite materno, segundo opções de respostas.

Opções de respostas	Nº de respostas	%
É gratuito	7	28
Evita gastos extras com mamadeiras, fórmulas lácteas, utensílios e gás	15	60
Evita gastos extras com médico, hospital e medicamentos	5	20

Enquanto apenas 8% das mães foram orientadas sobre o mecanismo de produção e excreção do leite, grande parte das mães avaliadas (88%) assim como no estudo realizado com as puérperas escritas em programa de pré-natal [10] referiram ter sido informadas sobre o momento ideal para a primeira mamada que deve acontecer imediatamente após o parto.

Sobre os aspectos práticos do aleitamento, 64% das mães receberam orientação a respeito da posição correta para amamentar, sendo referida a posição sentada por 40% (n = 10), deitada por 8% (n = 2) e 36% (n = 9) citaram que independente da posição, a criança deve ficar de frente para a mãe, que deve estar confortável.

Quando perguntadas se foram orientadas sobre a interrupção das mamadas quando esta não é feita espontaneamente pela criança, 36% das mães responderam que sim, enquanto uma percentagem considerável (64%) responderam que não. Dentre as respostas positivas, todas afirmaram que esta interrupção deve ser feita colocando-se o dedo mínimo na comissura labial da criança.

No que diz respeito a sucção adequada ou 'boa pega', apenas 36% das mães alegaram ter recebido essa orientação, enquanto uma percentagem de expressiva magnitude (64%) negou ter recebido.

Grande parte das mães (72%) alega ter recebido orientação sobre a duração e a freqüência das mamadas e destas, (88,89%) afirmaram que deve ser freqüente e em livre demanda, dado semelhante, porém em menor proporção quando comparado com outro estudo [10]. No entanto, 11,11% das mães acreditam que o bebê deve mamar aproximadamente 15 minutos em cada mama, seis a sete vezes por dia, a cada duas a três horas.

A alternância das mamas é importante e foi informada por 92% das mães (Tabela IV), assim como no estudo realizado com as puérperas escritas em programa de pré-natal [10].

Tabela IV - Distribuição das entrevistadas que afirmaram ter recebido orientação sobre a alternância das mamas, segundo opções de respostas.

Opções de respostas	Nº de respostas	%
Devem-se oferecer sempre as duas mamas, alternando-se a ordem de cada mamada	22	88
A sucção desigual pode levar ao ingurgitamento ou a improdutividade mamária, além de aumentar o tamanho da mama menos oferecida	20	80
Deve-se esvaziar completamente a primeira mama e deixar mamar o quanto quiser na segunda	18	72

Quanto aos cuidados higiênicos com seios a cada mamada, 76% das mães afirmam ter recebido orientação a esse respeito, sendo que desse total 47,37% dizem não haver necessidade de lavar as mamas e os mamilos com sabão ou usar loções, passar óleo ou vaselina, pois estes retiram a proteção natural, ressecando a pele e causando rachaduras, percentagens estas que foram semelhantes a de outro estudo [10].

Na avaliação dos mamilos durante o pré-natal, objetivando saber se são planos ou invertidos, 84% das mães negaram ter havido esta avaliação. Quando questionadas se tiveram alguma dificuldade durante a amamentação, 40% das mães responderam que sim, sendo mais citados mamilos dolorosos e com fissuras (50%), seguida da queixa de mama cheia e ingurgitada (50%).

Dentre as mulheres entrevistadas, 56% possuem falsas crenças a respeito da amamentação, sendo que 32% destas acham que seu leite não sustenta o bebê e por isso ele chora de fome. A Tabela V demonstra os principais mitos ou falsas crenças referentes à amamentação relatados pelas mães.

Sobre as medidas que garantem a produção de leite adequada, 96% das mães reconheceram ter recebido estas orientações, sendo a mais lembrada a relação alimentação versus repouso (Tabela VI), onde 96% declararam cuidar da alimentação e ingerir bastante líquido como medidas para estimular a produção de leite, dado também encontrado em outros estudos [10,11].

Tabela V - Distribuição das entrevistadas que afirmaram ter mitos ou falsas crenças a respeito da amamentação, segundo opções de respostas.

Opções de respostas	Nº de respostas	%
Meu leite é fraco	7	28
Amamentar faz meus seios caírem	3	12
Comer alguns alimentos como couve e repolho fazem dar gases no bebê	4	16
Meu leite não sustenta o bebê e ele chora de fome	8	32
Bebê prematuro ou de baixo peso não pode amamentar	0	0
Mãe que trabalha fora não pode amamentar	0	0

Tabela VI - Distribuição das entrevistadas que afirmaram ter recebido orientação a respeito das medidas que garantem a produção de leite adequada, segundo opções de respostas.

Opções de respostas	Nº de respostas	%
Amamentar freqüentemente e em livre demanda	20	80
Amamentar o tempo necessário para que a criança obtenha o leite final mais concentrado e rico em gorduras	10	40
Oferecer ambas as mamas em cada mamada	21	84
Dar ao bebê apenas leite materno	23	92
Evitar chupetas e mamadeiras	20	80
Descansar e relaxar sempre que possível para refazer as energias	10	40
Cuidar da alimentação e tomar bastante líquido	24	96
Ter sempre em mente os benefícios da amamentação para a criança	7	28

As orientações sobre o aleitamento materno e sua prática foram oferecidas pelo enfermeiro as gestantes e puérperas de duas maneiras: individualmente durante as consultas, quando se obteve uma maior parcela (68%) e através de consultas individuais juntamente com reuniões em grupo (32%).

Quanto a avaliação feita sobre as orientações recebidas, a maioria das mães disse estar satisfeita; 40% classificaram-nas como sendo boas, 36% como muito boas e 24% como ótimas, devendo-se destacar que nenhuma das entrevistadas classificou-as como ruins, muito ruins ou péssimas.

Conclusão

O aleitamento materno é uma prática de grande importância para a saúde do bebê, fato este verbalizado por todas as mães, principalmente no que se refere à proteção contra infecções e na promoção do vínculo mãe-filho. Outra informação lembrada pela totalidade das mulheres diz respeito à importância da amamentação exclusiva ao seio até o sexto mês de vida do bebê. De fato, as ações educativas visando o estímulo do aleitamento materno enfatizam essa informação.

Contudo, somente estas duas informações não parecem ser suficientes para conduzir a uma prática adequada, uma vez que as informações sobre os aspectos práticos não foram plenamente fixadas, constatando-se valores baixos de orientações recebidas sobre o mecanismo de produção e ejeção de leite (8%), a posição correta para amamentar (64%), a forma de interrupção das mamadas (36%) e a sucção correta dos mamilos (36%).

Esses aspectos, associado ao fato de apenas 8% das mães terem passado por uma avaliação dos mamilos para verificação se eram planos, invertidos ou protusos durante o pré-natal, podem estar conduzindo a dificuldades no estabelecimento da amamentação, referido por 40% das mães pesquisadas. Outro fator a ser considerado é a elevada percentagem de mães que dizem ter falsas crenças sobre a amamentação (56%), que juntamente com os demais fatores citados acima, podem influenciar no sucesso da amamentação.

Apesar da grande maioria das mães considerar as orientações oferecidas pelo enfermeiro muito boas, o baixo nível de conhecimento destas referentes a alguns aspectos práticos da amamentação, evidencia que seu sucesso só será alcançado se os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, estiverem mais comprometidos com a promoção do aleitamento materno e forem capazes de fornecer informações apropriadas, assim como demonstrarem habilidades práticas no manejo do aleitamento.

Referências

1. Euclydes MP. Nutrição do lactente: base científica para uma nutrição adequada. 2a ed. Minas Gerais: CDD; 2000.
2. Word Health Organization (WHO). Word Health Statistics Annual. Geneva: WHO; 1995.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN. Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
4. INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição)/ UNICEF (Fundo das Nações Unidas). Rio de Janeiro: FIBGE/Unicef/INAN; 1989. p. 97-109.
5. Dubeux LS, Frias PG, Vidal SA, Santos DM. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. Rev Bras Saúde Matern Infant 2004;(4)4:399-404.
6. Xavier CC, Moulin ZS, Lamounier JA. Aleitamento Materno. *In*: Leão E, Corrêa EJ, Viana MB, Mota JAC. Pediatria Ambulatorial. 3a ed. Belo Horizonte: Coopmed; 1998.
7. Spallicci MDB, Albuquerque PB, Issler H, Ramos JLA, Zugaib M. Aspectos perinatais do aleitamento materno: orientações durante o pré-natal. [citado 2007 jul 11]. Disponível em: URL: http://latina.obgyn.net/pr/articles/aspectos.htm>
8. Cavalhães MABL, Correa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. J Pediatr 2003;(79)1:13-20.
9. Almeida JS, Vale INO. Enfermagem neonatal e aleitamento materno. [citado 2005 mai 25]. Disponível em: URL: http.//www.aleitamento.org.br/arquivos/enfermeira.html>.
10. Sandré-Pereira G, Colares LGT, Carmo MGT, Soares EA. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas escritas em programa de pré-natal. Cad Saúde Pública 2000; (16)2:457-66.
11. Percegoni N, Araújo RMA, Silva MMS, Euclydes MP, Tinôco ALA. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. Rev Nutr 2002;(15)1:29-35.
12. Xavier CC, Jorge SM, Gonçalves AL. Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso. Rev Saúde Pública 1991; 25(5):381-7.
13. Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública 2002;(36)3:313-8.
14. Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Santana Netto PV. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. Rev Bras Saúde Mater Infant 2004;4(2):143-50.
15. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida peloprograma de saúde da família - PSF. Rev Latinoam Enfermagem 2005;(13)3:407-14.
16. Monteiro CA, Zuñiga HPP, Benício MHDA, Rea MF. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985: III. Aleitamento materno. Rev Saúde Pública 1987;(21)1:13-22.
17. Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Nutrição materna e duração da amamentação em uma *coorte* de nascimento de Pelotas, RS. Rev Saúde Pública 2000;(34)3:259-65.
18. Araújo MFM, Fiaco AD, Pimentel LS, Schmitz BAS. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. Rev Bras Saúde Mater Infant 2004;4(2):135-41.

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2007;6(4)

Artigo original

A atuação do enfermeiro frente ao suporte nutricional enteral a pacientes críticos

Michelle Rodrigues Caetano*, Suzy Darlen Dutra de Vasconcelos, M.Sc.**

**Enfermeira, Universidade Estácio de Sá Campus nova Friburgo, **Enfermeira, Faculdade de Educação da CFCH/EEAN/ UFRJ, Especialista em Docência do Ensino Superior pela UNESA, Docente da Disciplina de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem I, II e III, Eixo Fundamentos de Enfermagem; Ética e Exercício Profissional da Enfermagem*

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com enfermeiros que prestam assistência a pacientes críticos sob suporte nutricional enteral e que tem como objeto de estudo: "a atuação do enfermeiro no Suporte Nutricional Enteral a pacientes críticos." Os objetivos são: descrever a assistência realizada pelos enfermeiros diante de um paciente crítico sob suporte nutricional enteral; analisar a atuação do enfermeiro diante de um paciente com suporte nutricional enteral e discutir a visão de enfermeiros sobre a sua atuação no suporte nutricional enteral a pacientes críticos. A coleta de dados foi realizada através de um instrumento de entrevista semi-estruturada, e aos sujeitos foram atribuídos nomes fictícios a fim de garantir o sigilo e o anonimato. Os resultados mostraram que a maioria dos sujeitos desconhece as competências do enfermeiro frente ao suporte nutricional enteral e delegam várias atividades que lhes são privativas a outros profissionais, desrespeitando, assim, o código de ética que rege a sua profissão e a Lei do Exercício profissional. Os sujeitos consideram importante a atuação do enfermeiro frente a esta terapia, porém destacam que o enfermeiro deve possuir o devido preparo técnico-científico em relação à terapia enteral para ampliar sua atuação neste suporte.

Palavras-chave: nutrição enteral, enfermagem, assistência.

Abstract

The nurse's performance in the enteral nutritional support of critical patients

The study was descriptive with a qualitative approach and is about critical patients with enteral nutritional support, and has as object: "the nurse's performance in the enteral nutritional support of critical patients." The purposes are: describing the nurse's care for critical patients with enteral nutritional support; analyzing the nurse's performance in the presence of a patient with enteral nutritional support and discussing the opinions of nurses about their performance in the enteral nutritional support of critical patients. The data collection was carried out through semi-structured interview; the subjects were given fictive names for to warrant the nameless. The results showed that most of the subjects doesn't know nurse's competences with enteral nutritional support and delegate many private activities to other professionals, therefore, disrespecting the Code of Professional Ethical and the law of Professional Practice. The subjects consider the nurse's performance in the enteral nutrition

Artigo recebido em 11 de julho de 2006; aceito em 15 de julho de 2007.
Endereço para correspondência: Suzy Darlen D. de Vasconcelos, Rua Rio Claro, no.º 311, Casa 01, Oswaldo Cruz, 21550-320 Rio de Janeiro RJ, Tel: 25495016, E-mail: suzydarlen@gmail.com

important, but they emphasize that the nurse must have scientific and technical knowledge about the enteral therapy to enhance their performance in that support.

Key-words: enteral nutrition, nursing, assistance.

Resumen

La actuación del enfermero en el soporte nutricional enteral para pacientes críticos

Se trata de un estudio descriptivo de abordaje cualitativo realizado con enfermeros que prestan atención a pacientes críticos bajo soporte nutricional enteral y que tiene como objeto de estudio: "la actuación del enfermero en el soporte nutricional enteral para pacientes críticos." Los objetivos son: describir la asistencia realizada por los enfermeros frente a un paciente crítico bajo soporte nutricional enteral, analizar la actuación del enfermero delante de un paciente con soporte nutricional enteral y discutir la visión de los enfermeros sobre su actuación en el soporte nutricional enteral para pacientes críticos. La colecta de los datos fue realizada a través de entrevista semiestructurada, y a los sujetos fueron atribuidos nombres ficticios a fin de garantirle el sigilo y anonimato. Los resultados muestran que la mayoría desconoce las competencias del enfermero delante del soporte nutricional enteral y delegan muchas actividades, que les son privativas, en otros profesionales, no respetando el Código de Ética que rige su profesión y la Ley del Ejercicio Profesional. Los sujetos consideran importante la actuación del enfermero delante de esta terapéutica, pero destacan que el enfermero debe tener un conocimiento técnico científico en relación a la terapéutica enteral para ampliar su actuación en este soporte.

Palabras-clave: nutrición enteral, enfermería, asistencia.

Introdução

O interesse nesta temática envolve as especificidades da enfermagem quanto à assistência em saúde e à atuação do enfermeiro na interação humana em situações de vida e morte, com a constante inserção no processo de saúde e doença das pessoas.

Partindo deste princípio, nossa preocupação incide sobre a atuação do enfermeiro no suporte nutricional enteral, tendo em conta a experiência durante estágios curriculares, realizados em hospital localizado em um município do estado do Rio de Janeiro, revelando fragilidades da assistência dos enfermeiros em cuidar de pacientes com suporte nutricional enteral.

Neste sentido, na medida em que participávamos do dia a dia da assistência, algumas situações foram marcantes como: geralmente a ação dos enfermeiros da instituição limitava-se à instalação de sondas, sem a preocupação com a administração da dieta para os clientes; também presenciamos o pedido de um cliente para que o auxiliar de enfermagem administrasse a sua dieta enteral, pois já havia passado da hora da administração.

Pelas situações narradas anteriormente, obteve-se dados determinantes para o desenvolvimento desta investigação. Então, vários questionamentos surgiram sobre a prática do enfermeiro no suporte nutricional enteral. Tendo por base a Resolução COFEN-162 que dispõe sobre a administração da nutrição parenteral e enteral, e na Portaria nº 337 (Anexo), de 14 de abril de 1999, do Ministério da Saúde, constata-se que o enfermeiro é o responsável pela administração da dieta enteral e sondagem nasogástrica e nasoentérica, então por que tais situações aconteciam nesta instituição hospitalar, campo deste estudo?

Diante desta problemática surgiu a idéia para o desenvolvimento deste tema, de modo a ressaltar as competências do Enfermeiro para o desenvolvimento de sua prática junto a clientes sob nutrição enteral. Ante tal perspectiva, torna-se necessário retomar o conceito de nutrição enteral, que é a administração de fontes de nutrientes totais ou suplementares, através do trato gastrintestinal de um paciente que não consegue suprir suas necessidades diárias de proteína, calorias e hidratação [1].

É importante a compreensão deste conceito, pois durante a assistência no processo saúde-doença, ocorrem situações que mesmo com o trato gastrintestinal íntegro, alguns pacientes não podem ou não devem se alimentar por via oral, como é o caso de pacientes de cirurgia, com disfagia, anorexia, obstrução esofágica e inconsciência [2]. Diante disso, há necessidade do uso do suporte nutricional, havendo dois métodos de terapia nutricional: por via parenteral e por via enteral (trato gastrintestinal). Ressalta-se que neste estudo a ênfase será relativa à terapia nutricional por via enteral.

Ante tais considerações, justifica-se este estudo pela necessidade de uma discussão sobre a atuação

do enfermeiro no suporte nutricional enteral, com vistas à possibilidade de esclarecê-lo das suas competências nesta terapia, além de enfatizar a importância de uma assistência mais atuante no cuidado ao paciente crítico e mais interagida junto à equipe multidisciplinar, respeitando as normas regulamentadoras e dispositivos legais, neste contexto.

Nesse contexto, podemos inferir que o estudo é relevante, pois pela investigação sobre a atuação do enfermeiro no suporte nutricional enteral e da discussão dos dados coletados neste estudo, será possível trazer esclarecimentos sobre as competências e a atuação do enfermeiro, assim como pode servir de estímulo para debates e reflexões quanto à importância de uma assistência mais atuante do enfermeiro, quanto as suas responsabilidades no tocante ao suporte nutricional enteral.

A terapia nutricional enteral pode ser utilizada nos setores ambulatorial, domiciliar e hospitalar. Porém, os participantes desta pesquisa constituir-se-ão por enfermeiros que prestam assistência a pacientes críticos sob suporte nutricional enteral inseridos no ambiente hospitalar e domiciliar. Mediante a necessidade de preparo técnico-científico do enfermeiro para a sua atuação junto à nutrição enteral e sua complexidade, tecemos algumas considerações e chegamos ao seguinte objeto de estudo "a atuação do enfermeiro no suporte nutricional enteral a pacientes críticos". Pois é a atuação do enfermeiro que precisa ser investigada, discutida e esclarecida através do desenvolvimento desta pesquisa.

Assim, a temática é fonte geradora de inquietações, uma vez que observa-se que grande parte dos enfermeiros desconhece suas competências técnicas - científicas na assistência a pacientes críticos no suporte nutricional enteral, o que contribuiu para aumentar a nossa motivação, e conseqüentemente despertar o desejo em investigar o assunto. Por tudo isso, para nortear a construção e compreensão de nosso estudo, traçou-se as seguintes questões norteadoras:

- qual a visão do enfermeiro quanto a sua atuação no suporte nutricional enteral?
- quais as atividades que deveriam ser desenvolvidas pelos enfermeiros na assistência no suporte nutricional enteral a pacientes críticos?

Neste contexto, buscando dar seguimento ao nosso estudo, traçamos os seguintes objetivos:

- descrever a assistência realizada pelos enfermeiros diante de um paciente crítico sob suporte nutricional enteral;
- analisar a atuação do enfermeiro diante de um paciente com suporte nutricional enteral;
- discutir a visão de enfermeiros sobre a sua atuação no suporte nutricional enteral a pacientes críticos.

Para melhor fundamentar este estudo, faz-se a seguir uma revisão da literatura sobre o assunto.

Revisão bibliográfica

O Suporte Nutricional Enteral é fundamental na diminuição das taxas de morbi-mortalidade em Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) e na redução do tempo de internação dos pacientes críticos. A dieta enteral pode ser fornecida através de sondas nasogástricas, nasoentéricas ou ostomias. Como parte do tratamento de pacientes críticos, o suporte nutricional visa eliminar as conseqüências do jejum prolongado devido ao trauma e a possível deterioração orgânica e falência de múltiplos órgãos [3].

No tocante às condições que exigem a implantação da terapia enteral, são preconizadas em: preparo pré-operatório com dieta elementar, problemas gastrintestinais (fístulas, doença de Crohn, colite ulcerativa), terapia para o câncer, coma, semiconsciência, alcoolismo, depressão crônica, anorexia nervosa, cirurgia maxilofacial ou cervical, paralisia orofaríngea ou esofagiana [4].

Vale ressaltar que os pacientes sob suporte nutricional enteral e que estejam com o nível de consciência deprimido merecem aumento da atenção e vigilância, pois há um aumento nos risco de intercorrências como de regurgitar, vômitos ou de aspirar substâncias que estejam sendo administradas. Assim, o manuseio e os cuidados durante a terapia nutricional enteral são relevantes na recuperação do paciente crítico, devendo ser realizado por profissionais preparados, habilitados e cientes das competências que são atribuídas a cada elemento da equipe.

Sob esta ótica, cabe ressaltar que o estudo toma por base a Resolução COFEN 162 e a Portaria 337, de 14 de abril de 1999, do Ministério da Saúde, sendo que esta última fixa os requisitos exigidos para a Terapia ou Nutrição Enteral, além de estabelecer a composição da equipe multiprofissional, que deverá ser composta por: médico, nutricionista e enfermeiro.

Outro ponto importante abordado nesta Portaria compreende o estabelecimento das competências de cada membro da equipe multiprofissional para a

atuação junto ao Suporte Nutricional Enteral. Porém, neste estudo, daremos ênfase às competências do enfermeiro, que são estabelecidas no item sete (07) deste documento (Anexo).

Materiais e métodos

O estudo se desenvolveu com base numa abordagem qualitativa de caráter descritivo, já que os dados coletados foram analisados, classificados e interpretados de forma que não fossem quantificados, e sim, utilizados para a compreensão da realidade em estudo. Vale destacar os seguintes aspectos: o número de entrevistas realizadas correspondeu a 12 (doze); o período de coleta de dados foi entre os meses de maio a julho de 2006, e a amostra correspondeu a 12 (doze) enfermeiros que prestavam assistência a pacientes críticos adultos em dois hospitais de pequeno porte do município de Nova Friburgo, Estado do Rio de Janeiro.

O critério para a saturação foi a observação de quais os pontos que se repetiam com mais freqüência e que vieram a originar 2 (duas) categorias. Neste estudo, observou-se, pela análise dos depoimentos dos enfermeiros entrevistados, a evidência de conhecimentos e desconhecimentos dos mesmos acerca do suporte nutricional enteral, os cuidados realizados nesta terapia e as dificuldades quanto ao preparo técnico-científico e à atuação destes profissionais frente a esse suporte.

É válido destacar que pacientes adultos em estado crítico não são encontrados apenas em UTIs, mas em outros setores também, como na clínica médica, por exemplo. Portanto, os sujeitos pesquisados não especialmente atuam em UTIs, mas em qualquer outro setor onde há pacientes críticos adultos internados, exceto Pediatria e Maternidade.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento de entrevista semi-estruturada (apêndice 01), a qual foi gravada em fita K7, pois através da utilização deste instrumento foi possível obter as entrevistas na íntegra. Como forma de garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, em respeito às determinações da resolução 196/96 [15], de pesquisas envolvendo seres humanos, foram atribuídos nomes fictícios aos participantes do estudo.

Neste contexto, ético e legal de pesquisas com seres humanos, é válido ressaltar que a pesquisa somente foi realizada posteriormente aos tramites que regulamentam as pesquisas com seres humanos que estão previstos na Resolução 196/96.

Resultados e discussão

Para dar segmento a análise dos dados, estes foram separados e posteriormente agrupados, segundo as temáticas contidas nos depoimentos dos sujeitos entrevistados. Este processo de agrupamento deu origem às categorias temáticas presentes neste estudo, como seguem abaixo:

Nutrição enteral e sua finalidade: eis a questão

Nesta categoria será apresentada a temática da utilização do suporte nutricional enteral com a finalidade de alimentar o paciente em estado crítico, lembrando que a nutrição enteral é a administração de fontes de nutrientes através do trato gastrintestinal, indicada para aqueles pacientes que não conseguem suprir as suas necessidades nutricionais diárias pela via tradicional, gastrintestinal.

Reforçando a temática, as entrevistas apontam vários aspectos da nutrição enteral, e neste sentido, os depoimentos trazem um aspecto relacionado com a definição da nutrição enteral e seus objetivos:

> "Seria a dieta que está passando para o paciente pela sonda. Está alimentando o paciente pela sonda." (Maria)

> "É uma alimentação através de sondagem enteral onde você faz toda a parte de nutrição, ou equivalência de calorias que o paciente necessita para poder sobreviver." (Madalena)

Neste sentido, os depoimentos se direcionam para a função e objetivo da nutrição enteral, o que na realidade está de acordo com autores que a definem como a alimentação que é realizada através de uma sonda. Os pacientes em estado crítico apresentam hipermetabolismo, o que causa uma perda da reserva de nutrientes. A nutrição enteral, nesses casos, tem como objetivo a manutenção ou a diminuição da perda dessas reservas nutricionais [5].

O suporte enteral é indicado apenas para os pacientes que estejam com o seu trato gastrintestinal funcionando normalmente, já que a dieta será administrada através desta via, dependendo assim, do seu perfeito estado para que haja o processo de absorção desta substância [3].

Porém, nas falas de alguns entrevistados verificou-se equívocos, quando apontaram que o trato

gastrintestinal dos pacientes em nutrição enteral não está em suas perfeitas condições para a função de absorção. Este engano pode ser notado abaixo:

> "A gente faz suporte enteral no paciente que não tem condição de absorção nenhuma em nível de processo digestivo." (José)

> "É um bem que o paciente adquire quando ele não está tendo uma boa resposta gastrintestinal." (Tiago)

Sob esta temática, o autor Knobel [3] refere que é preconizado para a realização da nutrição enteral que os pacientes estejam com aparelho digestivo funcionante, porém, por sua condição patológica, não conseguem ingerir por via oral uma quantidade suficiente de alimento para suprir suas necessidades metabólicas.

O suporte nutricional enteral e a prática do enfermeiro

Nesta categoria será discutida a temática apontada pelos sujeitos, referente às atividades que são desenvolvidas pelo enfermeiro junto ao paciente crítico sob suporte nutricional enteral, além de apresentar o que pensam sobre a sua atuação e as competências do enfermeiro frente a esta terapia.

De acordo com a Resolução COFEN 162/93 [7] que dispõe sobre a administração da Nutrição Parenteral e Enteral, são competências do enfermeiro: "Administrar e controlar a infusão de soluções nutritivas. Calcular o gotejamento das soluções nutritivas, registrando no rótulo início e término da infusão (No caso do uso da bomba infusora, programar a infusão das soluções)."

Ainda, conforme a Portaria nº 337/99 [8], do Ministério da Saúde, que fixa os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Nutricional Enteral, compete ao enfermeiro: "Assegurar a manutenção da via de administração e assegurar a localização e permeabilidade da sonda."

Por tudo isso, podemos comparar os conhecimentos adquiridos, ou seja, os conhecimentos apontados pela literatura e garantidos, no que tange as competências legais do enfermeiro, com o conhecimento prático dos enfermeiros, como é exposto nos depoimentos abaixo:

> "(...) às vezes administro a dieta, programo a bomba." (João)

> "Antes de passar a dieta, verificar se esta sonda está no duodeno, na 1º porção do duodeno. Assim que você passar a sonda você vai radiografar." (Maria)

> "(...) a questão da sonda, trocá-la a cada período de 7 dias pois dá entupimento, mal cheiro." (José)

A assistência de enfermagem adequada nos cuidados com a via de administração da dieta previne complicações como a obstrução, saída ou migração da sonda. Outro cuidado fundamental que foi citado pelos entrevistados e que deve ser realizado de forma contínua e rigorosa pelo enfermeiro é a supervisão deste suporte:

> "(...) a supervisão do suporte e orientar a equipe quanto aos cuidados com a manipulação." (Madalena)

> "E lógico você vai fazer a supervisão deste suporte. Saber se está tudo direitinho. Se a inserção foi feita de maneira certa. Se foi utilizada, preparada por meios estéreis." (Tiago)

O enfermeiro deve realizar a supervisão desde a conservação e manutenção da dieta até a evolução dos pacientes sob esse tipo de aporte nutricional, e deve orientar e supervisionar a equipe de enfermagem.

Entretanto, discordamos do entrevistado Tiago que citou a punção venosa como via de acesso para a nutrição enteral, já que as vias de acesso para a administração deste tipo de dieta constituem apenas a sonda nasogástrica, nasoenteral ou ostomia. Podemos referir que a nutrição enteral é, então, designada como sendo um tipo de alimentação forçada pelo trato gastrintestinal que pode ser administrada através de sondas nasoentéricas, nasogástricas ou ostomias, dependendo da sua localização [6].

Em relação à supervisão do suporte enteral conforme foi citado no depoimento de Madalena, ao enfermeiro compete:

- monitorar diariamente os controles de infusão, balanço hídrico, ingesta, eliminações, medidas antropométricas, sinais e sintomas, reações e intercorrências com o cliente e com a sonda. (Resolução COFEN 162/93) [7];
- receber a nutrição enteral e assegurar a sua conservação até a completa administração. (Portaria nº 337/99 do Ministério da Saúde) [8].

Infelizmente, os entrevistados assumiram delegar diversas atividades que são privativas deles como enfermeiros a outros profissionais, como técnico e auxiliar de enfermagem, o que pode ser percebido nos seguintes depoimentos:

> "Técnico ou auxiliar de enfermagem é que realizam o procedimento de sondagem." (Maria)

> "A questão da sonda, aqui quem faz é o enfermeiro, o supervisor do setor (técnico de enfermagem), ou o chefe de setor, ou o enfermeiro que estiver de plantão." (Tiago)

> "Nem sempre eu administro a dieta. Se eu tiver lá na hora, eu mesmo administro. Quando não estou lá, os outros profissionais de enfermagem o fazem." (Madalena)

> "É muito difícil eu fazer a sondagem, normalmente quem faz são os auxiliares e técnicos (...) aqui é um enfermeiro para um setor todo, (...). Além do mais, eu confio no serviço dos meus técnicos e auxiliares." (João)

A Lei 7.498/86 [9] e o decreto 94.406/87 [10] que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem definem as funções dos profissionais de enfermagem. De acordo com o Art.11, incisos I e II, alíneas "m" e "f", cabem ao enfermeiro, privativamente: "cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas."

O procedimento de sondagem naso/oro – enteral/duodenal e a administração da dieta enteral, por se tratarem de ações de maior complexidade técnica, são privativos do enfermeiro, conforme a Resolução COFEN – 162/93 [7] que dispõe sobre a administração da Nutrição Parenteral e Enteral.

Por isso, o enfermeiro ao deixar de realizar tais atividades que são próprias de suas competências e de sua formação devido à complexidade técnica que estas atividades exigem, infringe esta Resolução e está passível de sofrer penalidades, do mesmo modo que o auxiliar ou técnico de enfermagem que realizou um procedimento que não é de sua competência, considerando o nível de culpa de cada um, infrações confirmadas pelos relatos dos entrevistados.

O enfermeiro ao delegar a outro profissional, no caso o auxiliar ou técnico de enfermagem, uma atividade que lhe é privativa, está sendo negligente conforme enfatiza Freitas [11] "é negligente quem, podendo ou devendo agir de determinado modo, por indolência ou preguiça mental, não age ou se comporta de modo diverso."

Em contrapartida, o auxiliar ou técnico de enfermagem, nesse caso, está cometendo imperícia que é, segundo o mesmo autor, "a falta de conhecimento técnico-científico ou habilidade para executar determinada atribuição, expondo, assim, o cliente a riscos". A respeito da delegação de atividades, Fonseca enfatiza:

> O Enfermeiro, ao delegar um grande número de ações do cuidado, perde sua referência como agente cuidador junto ao paciente e, também, perde espaço na equipe e na comunidade, fazendo com que as instituições optem por um número reduzido de enfermeiros em seus quadros [12].

Nas falas anteriores ficou evidente que os sujeitos, Tiago, Maria, Madalena e João, assumem que delegam várias atividades, necessárias ao suporte nutricional enteral, a outros profissionais. Então seguimos questionando quanto ao conhecimento das competências do enfermeiro, ou seja, se eles conheciam as competências do enfermeiro no suporte nutricional enteral, pergunta essa que já constava no instrumento, e o que se percebe nas falas dos sujeitos é o desconhecimento a respeito desta questão:

> "Não. Existe isso?" (José)

> "Eu não sou muito esclarecido neste assunto." (Tiago)

> "Alguma coisa. Eu sei que o enfermeiro é o responsável pela passagem da sonda enteral, com relação a detectar a presença de infecção causada pela manipulação errada da enfermagem.Tem mais?" (Madalena)

> *"Não."* (João)

Em virtude do que foi dito nos depoimentos, percebe-se que os profissionais que admitiram não conhecer as suas competências no suporte nutricional enteral são os mesmos que disseram delegar as

suas funções a outros profissionais (técnico e auxiliar de enfermagem). Isto indica que se o enfermeiro desconhece tanto suas funções privativas quanto como realizar a própria técnica, de forma que delega ações privativas de sua categoria profissional a outros profissionais, infringe tanto a ética quanto a Lei do Exercício Profissional da enfermagem.

Neste sentido, trazemos dois autores que reforçam nossas considerações sobre as competências privativas do enfermeiro e a importância do conhecimento da legislação. O primeiro, o autor Fonseca [12] afirma ser perceptível à importância do conhecimento que o enfermeiro deve ter sobre os aspectos legais da profissão, dos quais deve lançar mão para direcionar as suas atividades e de sua equipe, de acordo com a capacidade técnica de cada membro.

Já em relação ao conhecimento, o autor Sá [13] revela que o conhecimento, no caso, não se resume apenas na acumulação de teorias, teoremas e experiências, mas também no domínio pleno sobre tudo o que é abrangido pela tarefa que se encontra sob a responsabilidade direta de um profissional. E assim concordamos com Vera Lúcia [14] ao elucidar que o sucesso do tratamento de um cliente está condicionado ao tipo de atendimento que é desenvolvido pela equipe. Então, compreendemos que a ausência de conhecimentos técnico-científicos e sobre as competências irão afetar diretamente o tipo de atendimento, ou seja, a qualidade deste atendimento.

Diante de toda essa problemática, os sujeitos revelaram em seus depoimentos que consideram importante a atuação do enfermeiro frente ao suporte nutricional enteral, mas que se sentem despreparados cientificamente em relação a esta terapia. Vejamos alguns depoimentos:

> "Eu acho que existem poucos profissionais que realmente que eu confio que entende desse assunto. Porque é um assunto pouco explorado pela enfermagem. Os profissionais deveriam ter mais oportunidades em aprender sobre este assunto." (Tiago)

> "Eu acho que ainda é muito pequena diante de tantas coisas que a gente pode fazer em pró do paciente." (Madalena)

> "O enfermeiro deveria estar mais preparado cientificamente para atuar mais. A atuação do enfermeiro é muito importante." (João)

Nas falas de Tiago, Madalena e João, o que se percebe é uma grande preocupação quanto ao preparo técnico-científico do enfermeiro, em relação à terapia enteral, e ainda sinalizam à atuação reduzida do enfermeiro frente a esse suporte, e um aprendizado insuficiente para lidar com esta prática complexa.

O exercício de qualquer profissão, principalmente a enfermagem, que lida a todo o momento com vidas, demanda a aquisição contínua de conhecimentos e o domínio de procedimentos a serem realizados. Se há uma falta de preparo dos enfermeiros em relação ao suporte nutricional enteral, iniciativas devem ser tomadas no sentido de promover novas pesquisas para a atualização e treinamento constante dos profissionais. No que tange às ações da enfermagem na Nutrição Enteral, Silva declara que:

> Toda a equipe de enfermagem deverá estar habilitada, atualizada e treinada para atuar de forma integrada com a equipe multidisciplinar e prestar cuidados, não só específicos em nutrição enteral, através de ações específicas para cada alteração, bem como no acompanhamento e avaliação da terapêutica empregada [1].

Tal declaração leva-nos a defender que, com a aquisição de maiores habilidades e conhecimentos técnico-científicos em relação ao suporte nutricional enteral, o enfermeiro se sentirá mais confiante e seguro, e conseqüentemente, a sua atuação será maior e de melhor qualidade frente a esta terapêutica, e conseqüentemente as atividades delegadas serão realizadas dentro das possibilidades, ou seja, sem infringir as determinações legais.

A eleição da tarefa, portanto, dá-se a partir da proveniência do dever, e daí decorre os compromissos do pleno conhecimento da tarefa; tudo se complementa com o dever da qualidade da execução e com uma conduta valorosa, calcada em uma escolha de práticas úteis e causadoras de benefícios [13].

Durante as entrevistas, os participantes do estudo apontaram vários cuidados que realizam frente à terapia enteral, porém é preocupante o fato da maioria desconhecer as competências do enfermeiro na realização desta atividade. Também muitos enfermeiros admitiram que existem deficiências no seu preparo técnico–científico e que delegam várias atividades privativas a outros profissionais, no enfoque da terapia de nutrição enteral.

O desconhecimento a respeito das atividades privativas do enfermeiro quanto a este suporte nutricional, tão utilizado nos hospitais atualmente, prejudica tanto a imagem desses profissionais frente à equipe de enfermagem e de saúde e à sociedade quanto interfere de forma negativa no tratamento dos pacientes críticos e na qualidade da assistência prestada.

Ainda, ao delegar atividades que lhes são privativas como enfermeiros, cometem infração ético-legal por negligência e estão passíveis de sofrer várias penalidades na instauração de um processo ético-legal. Ao ser negligente, o enfermeiro perde espaço como agente responsável pelo cuidado na assistência de enfermagem aos pacientes e junto à própria equipe e instituição de saúde onde atua. Mediante esse quadro, é importante que sejam propostas e implantadas ações educativas relativas à orientação e educação permanente acerca do suporte nutricional enteral e das competências do enfermeiro nesta terapia.

Vale destacar que também é responsabilidade de cada enfermeiro mostrar interesse em buscar na instituição onde atua, soluções para as questões acima mencionadas e participar da organização de estratégias e atividades de conscientização sobre conhecimentos, habilidades e atitudes na execução de procedimentos relativos à nutrição enteral, de forma a se embasar cientificamente, respeitar os preceitos éticos e legais da profissão e contribuir para o prestígio da profissão.

Conclusões

A realização deste estudo possibilitou analisar a atuação do enfermeiro, a luz de seus depoimentos, sobre a prática desenvolvida com o cliente crítico em uso de suporte nutricional enteral. A partir desta análise vários questionamentos foram levantados, evidenciando situações preocupantes de precariedade de conhecimentos e de aspectos éticos legais sobre o assunto.

Conforme pudemos constatar durante a análise dos depoimentos dos enfermeiros entrevistados, foram evidenciados os conhecimentos e desconhecimentos dos mesmos acerca do suporte nutricional enteral, os cuidados realizados nesta terapia e as dificuldades quanto ao preparo técnico-científico e à atuação destes profissionais frente a esse suporte.

Mesmo com os avanços que têm surgido na atualidade através do aperfeiçoamento das dietas utilizadas, bombas de infusão e das sondas, o cuidado prestado pelo enfermeiro ao paciente crítico sob suporte nutricional enteral é singular e insubstituível. Deste modo, o enfermeiro deve compreender e apreender a sua responsabilidade para com o cuidado ao cliente e para com o seu conhecimento científico, atualizando-se para desenvolver com competência suas atividades profissionais.

Nesse contexto, os dados deste estudo podem contribuir para discussões sobre a atuação do enfermeiro no âmbito da assistência em terapia nutricional enteral. Esperamos ainda que contribua para o ensino e pesquisa neste enfoque, fomentando discussões sobre a prática profissional do enfermeiro, delineando caminhos para uma atuação profissional responsável, atuante e comprometida e incentivando diferentes possibilidades investigativas sobre esta temática e outras direta ou indiretamente relacionadas.

Referências

1. Silva LD. Cuidados ao paciente crítico. Fundamentos para a enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2003.
2. Waitzberg DL, Nardi L, Horie LM., Alves CC. Terapia nutricional em câncer. In: Guimarães JRQ. Manual de Oncologia. São Paulo: BBS; 2006.
3. Knobel E. Condutas no paciente grave. São Paulo: Atheneu; 2002.
4. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
5. Mahan LK, Stump SE. Krause, alimentos, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca; 2003.
6. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Atheneu; 2003.
7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem/COFEN. Resolução 162/1993 aprova as normas de procedimentos a serem utilizadas pela equipe de Enfermagem no suporte nutricional; 1993.
8. Brasil. Portaria nº. 337 de 14 de abril de 1999 do Ministério da Saúde. Fixa os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Nutricional Enteral; 1999.
9. Conselho Federal de Enfermagem/COFEN. Lei n.º 7.498, de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem; 1986.
10. Conselho Federal de Enfermagem/COFEN. Lei nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamentação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem; 1987.
11. Freitas GF. Ocorrências éticas na enfermagem. Rev Bras Enfermagem 2003;56:637-39.
12. Fonseca MG. Razões que levam o enfermeiro a delegar uma atividade que lhe é privativa. Revista Enfermagem Atual 2003;54:12-18.
13. Sá A L. Ética profissional. São Paulo: Atlas; 2000.
14. Leão VL, Vilela ABA, Santos G. A humanização do cuidar na unidade de terapia intensiva: uma proposta essencial. Enfermagem Brasil 2007;6(2)120-26.
15. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº196/96 Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Apêndice 01

Instrumento de entrevista semi-estruturada

1. O que você entende por Suporte Nutricional Enteral?
2. Quais as atividades desenvolvidas por você na assistência ao paciente crítico sob Suporte Nutricional Enteral neste setor?
3. Qual é a sua visão sobre a atuação do enfermeiro frente ao Suporte Nutricional Enteral?
4. Você conhece as competências do enfermeiro no Suporte Nutricional Enteral?

Anexo

Portaria nº 337/MS, de 14 de abril de 1999 (DOU. DE 15/04/99)

O Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições legais, resolve:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral, constante do Anexo desta Portaria.

Art. 2º Conceder o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para que as Unidades Hospitalares e Empresas Prestadoras de Bens e/ou Serviços se adequem ao disposto nesta Portaria.

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Gonzalo Vecina Neto

Regulamento técnico para a terapia de nutrição enteral

7. Atribuições do enfermeiro:***

Compete ao enfermeiro:

7.1. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TNE.
7.2. Preparar o paciente, o material e o local para o acesso enteral.
7.3. Prescrever os cuidados de enfermagem na TNE, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar.
7.4. Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica.
7.5. Assegurar a manutenção da via de administração.
7.6. Receber a NE e assegurar a sua conservação até a completa administração.
7.7. Proceder à inspeção visual da NE antes de sua administração.
7.8. Avaliar e assegurar a administração da NE observando as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição médica.
7.9. Avaliar e assegurar a administração da NE, observando os princípios de assepsia, de acordo com as BPANE (Anexo III).
7.10. Detectar, registrar e comunicar a EMTN e/ou o médico responsável pelo paciente, as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa.
7.11. Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto ao: peso, sinais vitais, tolerância digestiva e outros que se fizerem necessários.
7.12. Garantir a troca do curativo e/ou fixação da sonda enteral, com base em procedimentos pré-estabelecidos.
7.13. Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores.
7.14. Elaborar e padronizar os procedimentos de enfermagem relacionadas à TNE.
7.15. O enfermeiro deve participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da TNE.
7.16. Zelar pelo perfeito funcionamento das bombas de infusão.
7.17. Assegurar que qualquer outra droga e/ou nutriente prescritos, sejam administrados na mesma via de administração da NE, conforme procedimentos prestabelecidos.

***Recorte da **Portaria nº 337/MS, de 14 de abril de 1999 (DOU. DE 15/04/99)** referente a atuação específica do enfermeiro na Terapia ou Suporte

Artigo original

Necessidades humanas básicas afetadas em mães de recém-nascidos hospitalizados

Neli Rute Sargi do Nascimento*, Ana Paula de Assis Sales da Silva M.Sc.**, Kelly Lopes de Araújo Appel***

**Acadêmica de Enfermagem da UNIDERP (Universidade Para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal), **Enfermeira Especialista em Saúde da Mulher da UFMS (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul), ***Enfermeira do Hospital Evangélico de Campo Grande /MS*

Resumo

Fundamentado na perspectiva da humanização em consideração ao valor da participação da mãe no processo terapêutico do recém-nascido de risco, justifica-se a necessidade de intensificar a presença materna nas unidades neonatais. Este estudo teve como objetivo identificar as necessidades humanas básicas afetadas em mães de recém-nascidos hospitalizados. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória. Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por treze mães, acompanhantes de seus filhos hospitalizados em uma Unidade Intermediária Neonatal, de um hospital-escola em Campo Grande-MS, no período de setembro a outubro de 2006. Para a coleta de dados utilizou-se da observação sistematizada e de uma entrevista semi-estruturada, individual gravada. Da análise emergiram as categorias: "Percebendo a manifestação das necessidades psicobiológicas", com as subcategorias: necessidade de nutrição, necessidade de sono/repouso e conforto. Da categoria: "Reconhecendo as necessidades psicossociais manifestadas" surgiram as subcategorias: necessidade de gregária/amor, necessidade de segurança psicológica, necessidade de lazer e recreação. Concluímos que identificando as necessidades afetadas é possível estruturar uma assistência de enfermagem que aborde a mãe e a família, objetivando as vantagens para o recém-nascido.

Palavras-chave: puérpera, necessidades humanas, saúde da mulher, recém-nascido.

Abstract

Mothers of hospitalized babies with basic human needs affected

Based on the humanization perspective and the importance of the mother's participation at the therapeutic process of a newborn at risk, it is justified the need to intensify mother's presence at the neonatal care unit. The aim of this study was to identify affected basic human needs of mothers of hospitalized babies. It's a descriptive and exploratory research. The research was comprised by thirteen mothers with children hospitalized in a neonatal unit at Universitary Hospital, in Campo Grande-MS, from September to October 2006. Data was collected through systemized observation and a semi-structured interview, individual recorded. From the analysis the following categories emerged: "Realizing the manifestation of the psychobiologic necessities" and the subcategories: nutrition needs, sleep/rest and comfort needs. From the category: "Recognizing the manifestation of the psychosocial needs" emerged the subcategories: Need of love, need of psychological security, need of

Artigo recebido em 16 de fevereiro de 2007; aceito em 12 de julho de 2007.
Endereço de correspondência: Neli Rute Sargi do Nascimento, Rua Mainá nº 126, Jd. Colibri I, 79.071-001 Campo Grande MS, Tel: (067) 3387-4781, E-mail: nelirute@brturbo.com.br

leisure and recreation. We concluded that identifying the affected needs it is possible to structuralize a nursing assistance that approaches the mother and family, providing advantages to the baby.

Key-words: puerperal, human needs, woman's health, newborn.

Resumen

Necesidades humanas básicas afectadas en madres de recién nacidos hospitalizados

Fundamentado en la perspectiva de la humanización y la importancia de la participación de la madre en el proceso terapéutico del recién nacido de riesgo, se justifica la necesidad de intensificar la presencia materna en las unidades neonatal. Este estudio tuvo como objetivo identificar las necesidades humanas básicas afectadas en madres de recién nacidos hospitalizados. Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria. Los sujetos de la investigación fueron constituidos por trece madres cuyos hijos estaban hospitalizados en una Unidad Intermediária Neonatal, de un hospital escuela en Campo Grande-MS, en el periodo de setiembre a octubre de 2006. Para colecta de los datos se utilizó un instrumento que posibilitó el registro de observación sistematizada y entrevista semi-estructurada, individual gravada. Surgieron del análisis las categorías: "Percibiendo la manifestación de las necesidades psicobiológicas", con las subcategorías: necesidad de nutrición, necesidad de sueño/reposo y conforto. De la categoría: "Reconociendo las necesidades psicosociales manifestadas" surgieron las subcategorias: necesidad de integración/amor, necesidad de seguridad psicológica, necesidad de lazer y recreación. Concluimos que identificando las necesidades afectadas, és posible estructurar una asistencia de enfermeria que aborde la madre y la familia, proporcionando ventajas para el recién nacido.

Palabras-clave: puérpera, necesidades humanas, salud de la mujer, recién nacido.

Introdução

Humanizar o atendimento de enfermagem em uma Unidade Intermediária Neonatal (UIN) consiste em capacitar esses profissionais habilitando-os para realizar o atendimento, prestar o cuidado, considerando o importante papel como mediadores das relações humanas desenvolvidas nessa Unidade. A enfermagem, considerada a ciência e a arte de atender o ser humano em suas necessidades básicas [1], tem a sua essência no cuidar [2]. Na relação profissional/cuidador e cliente/ser cuidado, o exercício das atividades profissionais deve estar direcionado ao ser individual e integral.

A equipe de enfermagem atuando na Unidade Intermediária Neonatal (UIN) atende às necessidades específicas dos recém-nascidos de risco, clientela proveniente da Unidade de Terapia Intensiva-neonatal (UTI-neo), do Centro Obstétrico (CO), de outras unidades do hospital (Maternidade, Pronto Socorro, Ambulatório) e externos (outras instituições de saúde, domicílio etc.), onde estes receberão cuidados específicos através dos recursos humanos e tecnológicos [3].

Na UIN, o foco da atenção da equipe de saúde é o RN e sua evolução pós-natal. Compreendendo recém-nascido como aquele cujo período de vida corresponde aos primeiros vinte e oito dias [4,5] e que algumas situações podem influenciar na adaptação deste à vida neonatal como complicações patológicas, prematuridade, crescimento intra-uterino inadequado, alterações congênitas, ou cuja mãe apresente complicações obstétricas ou patologia associada à gestação (hipertensão, diabetes, infecções, outras) [6].

A presença materna na UIN é estimulada para promoção do vínculo mãe-bebê e para o estabelecimento do aleitamento materno.

A mãe é inserida naquele ambiente hospitalar no papel de provedora dos cuidados de maternagem, aprendendo a cuidar do bebê, conhecendo-o e estabelecendo o vínculo afetivo [7], estabelecido através do aconchego materno, da proximidade e intimidade, num processo de proteção, favorecendo ao bebê, a compreensão de que ele pertence àquele grupo familiar [8]. Pela importância deste vínculo afetivo na formação do indivíduo, o contato físico do bebê com a mãe deve ser estimulado. A equipe de enfermagem se apresenta como importante fator de colaboração para o estabelecimento deste vínculo, utilizando conhecimentos técnicos, tecnológicos e de atitudes próprias do cuidar na atenção humanizada [9].

Embora se pretenda intensificar a presença materna no hospital, essas mães não recebem atenção às suas necessidades ou a assistência da equipe de saúde na UIN. Mulheres que se encontram no período do puerpério ou pós-parto, sendo este um período de vulnerabilidade sujeito a intercorrências próprias desse processo.

O cuidado humanizado à mulher, no processo da maternidade, implica em atender de forma individualizada, estabelecendo vínculo, reconhecendo as necessidades e condições de adaptação desta à nova situação [10].

Para exercer a maternidade, a mulher vivencia um processo de adaptação que acontece tanto pelas alterações decorrentes do pós-parto, quando transformações acontecem no próprio corpo, quanto pelo novo papel a assumir frente à sociedade e à família [11]. O puerpério ou pós-parto, período no qual adaptações fisiológica e anatômicas acontecem, corresponde a um período de tempo variável e impreciso [12,13].

A importância da intervenção da enfermagem, nesse período, incide na promoção dos cuidados e avaliação detalhada com finalidade de recuperação natural e prevenção de complicações como hemorragias uterinas e infecções puerperais, a fim de detectar e intervir precocemente nos agravos [14].

Mesmo que seja relevante o cuidado nesse período, ainda nos deparamos com uma deficiente assistência por parte dos serviços de saúde à mulher no puerpério, quando há maior exposição a riscos, pela possibilidade de complicações e intercorrências próprias desse processo [15].

Objetivo

Identificar as necessidades humanas básicas afetadas em mães que acompanham seus filhos recém-nascidos hospitalizados, sob o referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório que tem como foco as necessidades humanas básicas afetadas em mães de recém-nascidos, considerando a experiência dessas mães como acompanhantes dos filhos hospitalizados. As pesquisas descritivas têm a finalidade de observar, descrever, determinar as situações em que se encontram determinados fenômenos [16].

O contexto da investigação foi a Unidade Intermediária Neonatal (UIN) do Hospital Universitário (NHU), da Faculdade de Medicina Hélio Mandeta, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), na cidade de Campo Grande, no período de setembro a outubro de 2006. A UIN dispõe de 12 leitos – berços e incubadoras, para admissão de recém-nascidos de risco. Constitui-se de um ambiente amplo, bem iluminado por luz artificial e luz natural, com a temperatura ambiente controlada através do ar condicionado. Como acomodação para a mãe/acompanhante há uma cadeira reclinável que permanece ao lado do recém-nascido.

A pesquisa foi realizada com treze mães de recém-nascidos internados na UIN, tendo como critério de inclusão: a permanência como acompanhante na UIN e aceitar participar da pesquisa.

As mães têm acesso livre nessa unidade, os pais têm acesso liberado até as vinte e duas horas. O horário de visitas é diário, por uma hora, e fica destinado aos avôs, somente uma pessoa por dia de visita.

Para obtenção dos dados foi realizada uma entrevista individual, semi-estruturada, com as mães participantes, gravada em fitas cassetes, guiada por uma questão norteadora. A técnica da observação sistematizada foi outro recurso, tendo o registro em um instrumento de coleta. Respeitando o compromisso com o anonimato, as participantes receberam nomes de anjos.

Após a leitura, estas falas transcritas na íntegra, sendo categorizadas em unidades temáticas, aproximadas do objeto de estudo. Advindas da questão: "Como é para você permanecer junto ao seu filho na UIN?" – surgiram as seguintes categorias: "Percebendo a manifestação das necessidades psicobiológicas", com as subcategorias: necessidade de nutrição, necessidade de sono/repouso e conforto e; "Reconhecendo as necessidades psicossociais manifestadas", com as subcategorias: necessidade de gregária/amor, necessidade de segurança psicológica e necessidade de lazer e recreação.

Wanda de Aguiar Horta em seu modelo conceitual apóia-se na teoria de Maslow, das necessidades humanas básicas (NHB), utiliza a hierarquização destas necessidades propostas por Mohana nos níveis: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual [17]. A opção pelo referencial teórico viabilizou a avaliação holística do sujeito da pesquisa, o que favoreceu a interpretação dos dados coletados e a adequação dos mesmos ao objeto de estudo.

Este trabalho faz parte da monografia apresentada para conclusão do curso de graduação em Enfermagem, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDERP – Universidade Para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (Parecer n. 038/2006).

Resultados e discussão

A idade das participantes variou de 18 a 35 anos. O nível de escolaridade predominante foi de primeiro grau incompleto; a situação financeira mais declarada foi a de dependência ou de quem recebe auxílio e a renda familiar insuficiente. Todas eram donas de casa. Três declararam-se casadas, uma solteira sem companheiro e as outras participantes declararam-se solteiras com companheiro. Sete participantes eram primíparas. Todas aderiram ao aleitamento materno. Três participantes moravam no interior do Estado.

Percebendo a manifestação das necessidades psicobiológicas

Necessidade de nutrição

A rotina para a alimentação das acompanhantes/mães da UIN obedece à rotina de todo o hospital, sendo realizada no refeitório, comum a todas as clínicas e utilizado pelos acompanhantes, funcionários e acadêmicos, sendo que os acompanhantes fazem suas refeições em horários diferenciados dos demais. Existe uma relação dos horários disponíveis às mães, não flexíveis.

As dificuldades para o momento das refeições são observadas nos relatos a seguir:

> "A alimentação no hospital é ruim, porque o berçário é no segundo andar do hospital, você tem um tempo reduzido... tem que chegar lá, comer muito rápido e voltar pra amamentar seu filho... você não se alimenta bem." (Sitael)

A lactação é um período que exige um aumento adicional da nutrição, considerando que a produção do leite promove maior gasto energético por parte da lactante [18].

Compreendendo que os cuidados com o bebê e mesmo a amamentação não obedecem a horários estabelecidos, em algumas ocasiões, algumas mães deixam de se alimentar, por causa da falta de flexibilidade da rotina hospitalar. Muitas têm a dieta hospitalar como único recurso de manutenção nutricional, não conseguindo comprar qualquer tipo de alimento, levando em conta a condição financeira, conforme o relato abaixo:

> "A alimentação, se você chega um minuto atrasada já não querem servir, no meu caso não, mas tem pessoas aqui que infelizmente, são muito humildes, não tem dinheiro pra comprar um pão. Isso é muito chato, porque aqui a gente não vai levar nada daqui. Quando morrer vai todo mundo pro mesmo lugar." (Roquel)

Necessidade de sono/repouso e conforto

As mães na UIN ocupam-se com os cuidados prestados ao RN. O aleitamento materno requer tempo e dedicação dessas mães, processo que se repete pelo menos a cada três horas, por aproximadamente trinta minutos e, esse momento é aproveitado para os cuidados de higiene (a troca de fraldas) do RN.

Também descrevem a cadeira reclinável, utilizada também como leito para dormir, onde passam quase todo o tempo, como a principal razão do desconforto físico:

> "Mal, por causa da cadeira, que eu tô dormindo e pela luz que vocês cuidam os bebês e tudo isso, não durmo direito...Tô cansada mesmo!". (Anauel)

> "Você fica deitada numa cadeira difícil, dura. Cheguei a cair da cadeira, outra colega caiu. Agora, e as mães que tem cesárea, que tem que ficar ali. Tem que ficar, porque ninguém quer ir embora...(Menakel).

O processo do repouso no pós-parto não é fácil, considerando as demandas do bebê, o ambiente e as rotinas hospitalares [19], além de fatores como a nutrição e o estresse podem provocar alteração no padrão do sono [20].

Garantir condições de repouso e sono adequados à mãe é proporcionar condições físicas e psicológicas para que ela atenda às necessidades do seu bebê.

Reconhecendo as necessidades psicossociais manifestadas

Necessidade de gregária/amor

O tempo de hospitalização do RN na UIN, geralmente, é prolongado, a mãe permanece todo o tempo junto dele. Muitas estão ali desde sua alta hospitalar, gerando sofrimento pela separação do lar, da família. Quando tudo ocorreu de forma imprevista, quando a mãe esperava que após a sua alta, fosse para casa com o filho nos braços. A expectativa de seguir a vida no seu cotidiano foi interrompida e a nova realidade veio impositiva.

> "Sinto necessidade da minha família, do apoio da minha família, que nem assim, minha mãe trabalha. Não pode vir na hora certa, ela saí três horas e não dá pra ela vir. Só de lembrar da minha mãe, da minha família, já começo a chorar". (Anauel)

> "(...) sensível, carente, ansiosa, preocupada com o filho em casa. A dificuldade é estar longe do filho que ficou em casa". (Mehiel)

A atribuição da família na estruturação de valores e práticas sobre o processo da maternidade conduz as mulheres às práticas de saúde, cuidados com o corpo e até mesmo à valorização do aleitamento materno [21].

As funções da família são aquelas que preenchem as necessidades de afeto e de compreensão, avaliadas como funções vitais [18]. A família é importante base de apoio emocional, oferecendo um ambiente seguro e de intimidade que influencia no estado biopsicossocial do indivíduo [22].

As visitas direcionadas ao RN em maior número foram realizadas pelos pais/companheiros. Poucos assumiram a condição de participantes nos cuidados do bebê. A presença do companheiro/pai em um momento especial na vida familiar relacionado ao estado de saúde de um filho proporciona à companheira/mãe tranqüilidade, sensação de estar protegida e segura [23].

Necessidade de segurança psicológica

Uma queixa comum das participantes foi a de informações insuficientes. Assim, a necessidade de esclarecimentos, informação sobre a saúde do filho, sobre o processo terapêutico, foi caracterizada dentro da necessidade de segurança, considerando que esta necessidade altera a tranqüilidade do ser humano, afeta de tal forma que provoca ansiedade e apreensão, conforme os relatos:

> "Não é fácil, por causa que, as médicas falam um coisa pra gente, né e depois, fala que a gente vai embora num dia e depois a gente não vai, a gente tem que ficar mais um pouco. Que nem aqui, eu entrei aqui por causa do umbiguinho dele e já tô aqui por causa de outra coisa, por causa de infecção. Então é isso aí, é péssimo pra mim". (Anauel)

> "A minha filha tem alguma coisa, tem um certo problema. O que é isso? Como surgiu esse problema? O que pode acarretar esse problema? Ter informações, porque não importa o nível de escolaridade, a cor da pessoa, ela tem o direito de ser esclarecida". (Sitael)

A necessidade de segurança psicológica sendo de ordem mais elevada está relacionada ao estado de tranquilidade, quando o indivíduo está livre da ansiedade angustiante ou do temor de que algo danoso possa lhe acontecer, confiante na justiça e credibilidade dos outros indivíduos [20].

Necessidade de recreação/lazer

A ausência de outras atividades, até mesmo atividades de lazer e recreação, afeta as mães que apresentaram como principal queixa, o cansaço, o estresse, constatada nos discursos a seguir:

> "Estar aqui é estressante, cansativo..." (Mehiel)

A recreação e o lazer aliviam o sofrimento das mães nessa difícil experiência, diminuindo a preocupação constante com o RN e com o processo terapêutico, desviando o pensamento dos fatos desagradáveis, promovendo descontração, alívio e satisfação através de atividades prazerosas [24].

Conclusão

Fatores relacionados ao puerpério foram pouco lembrados pelas participantes, as considerações foram relativas ao próprio processo de hospitalização do filho, relacionadas ao tempo de permanência, à dificuldade de adaptação às rotinas hospitalares, aos transtornos psicológicos e emocionais desse evento.

Ainda que se estabeleça o foco do atendimento no RN de risco, evidenciamos a necessidade do atendimento holístico como objeto de ação, ampliando os cuidados para a assistência à mulher, fornecendo a ela condições para que possa assumir a maternidade. Cuidar da mãe para que ela possa cuidar do bebê.

Referências

1. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: E.P.U; 1979.
2. Huf DD. A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem. Rio de Janeiro: Mondrian; 2002.
3. Alves AMA, Santos IMM, Porto F, Figueiredo NMA. Cuidados para o recém-nascido enfermo. In: Figueiredo NMA, ed. Práticas de enfermagem - ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido. São Paulo: Difusão Enfermagem; 2003.
4. Alden KR. Nutrição e alimentação do recém-nascido. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem materna. Traduzido por: Ana Thorell. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
5. Marques CSB. Classificação do recém-nascido segundo idade gestacional e crescimento fetal. In: Pachi P, ed. O pré-termo: morbidade, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca; 2003.
6. Morais EN, Mauad Filho F. Medicina materna e perinatal. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
7. Schirmer J, Sumita SLN, Fustinoni SM. Cuidados especiais no ciclo gravídico-puerperal de alto risco. In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002.
8. Braga N, Morsch D. Cuidando da família: maternagem ampliada (pais, irmãos e avós). In: Moreira ME, Lopes JMA, Carvalho M, ed. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
9. Silva AN, Silva MGL. Aleitamento materno na formação do vínculo afetivo mãe-filho. Enfermagem Brasil 2004;3(5):294-295.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
11. Silva DV, Salomao NMR. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. Estud Psicol (Natal) 2003;8(1)135-146.
12. Branden PS. Enfermagem materno-infantil. Traduzido por: Carlos Henrique Cosendy. 2a ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2000.
13. Pinelli FGS, Abrão ACFV. Adaptação materna e neonatal. In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002.
14. Santos IMM, Silva LR. O Corpo do pós-parto: cuidados com a mulher no puerpério. In: Figueiredo NMA, ed. Práticas de enfermagem - ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido. São Paulo: Difusão Enfermagem; 2003.
15. Almeida MS. Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero [tese]. Ribeirão Preto: USP; 2005.
16. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Traduzido por: Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed; 2004.
17. Gualda DMR. Fundamentação teórico-conceitual do processo de cuidar. In: Cianciarullo TI et al., ed. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 2a ed. São Paulo: Ícone; 2001.
18. Potter PA, Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar. 3a ed. São Paulo: Santos; 2005.
19. Stetson B. Avaliação e cuidado no quarto trimestre. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem materna. Traduzido por: Ana Thorell. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
20. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Traduzido por: Fonseca VF et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
21. Silva APAS, Barbosa MAM, Gerk MAS, Araújo KL, Ortiz SB. Desvelando as práticas de saúde sexual e reprodutiva à luz da teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger. Revista Ensaios e Ciência 2006;10(2):51-58.
22. Williams RP. A família e a cultura. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem materna. Traduzido por: Ana Thorell. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
23. Barbosa MAM, Chaud MN, Gomes MMF. A vivência da mãe com um filho deficiente na perspectiva fenomenológica. In: Ivo ML, Nunes CB, Zaleski EGF, Barbosa MAM, Pádua AR, ed. Dimensões do processo de cuidar em Enfermagem. Campo Grande, MS: Ed UFMS; 2004.
24. Vasconcelos MGL. Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife/PE [tese]. Ribeirão Preto: USP; 2004.

Artigo original

Características do atendimento da equipe obstétrica à mulher durante o quarto período do parto em um hospital geral de ensino

Mariana Torreglosa Ruiz*, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, D.Sc. **

**Enfermeira obstétrica, aluna do curso de pós-graduação, nível mestrado em Enfermagem em Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo ** Obstetra, Livre Docente em Enfermagem, Docente e orientadora da Graduação e da Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)*

Resumo

O quarto período do parto, que corresponde às primeiras horas pós-parto, é uma fase crítica do ciclo gravidíco-puerperal, pois geralmente a equipe obstétrica deixa de prestar alguns cuidados a puérpera, centralizando a atenção no recém-nascido. Este estudo teve como objetivo identificar as características da assistência prestada pela equipe obstétrica durante o quarto período do parto a puérperas atendidas em um hospital de ensino. Os dados foram coletados de maio a agosto de 2000, com amostra de 50 puérperas, utilizando-se o formulário de entrevista proposto por Soler (1993). Os resultados apontaram maior referência de desconfortos como dor, preocupação, sono, cansaço, calor, fome, sede, náuseas e tonturas; o principal controle executado foi de sinais vitais. A inspeção vesical, do local da cirurgia do períneo, do sangramento e a avaliação uterina ocorreram apenas uma vez ou não foram realizadas. Verificou-se que é preciso sistematizar a assistência prestada pela equipe obstétrica desta maternidade na fase puerperal imediata, incluindo no atendimento as necessidades e sentimentos das puérperas nesta fase clínica do parto.

Palavras-chave: puerpério, obstetrícia, técnicas de diagnóstico obstétrico.

Abstract

Characteristics of the obstetric care team to women during the immediate postpartum period in a teaching hospital

The immediate postpartum period, which corresponds to the immediate hours after labor, is a critical phase of the gravidopuerperal cycle. It is so because the obstetric team usually neglects some cares to the puerpera, focusing the attention on the neonate. The objective of this study was to investigate the assistance given to the puerperas who were attended in a teaching hospital, during the postpartum. Data was collected from May to August 2000, with a sample of 50 puerperas, and making use of an interview form proposed by Soler (1993). The results: pointed to a greater mention of such discomforts as pain, preoccupation, drowsiness, tiredness, heat sensation, hunger, thirst, nausea, and dizziness; the main control action performed was that of vital signs check; the vesical inspection, as well as of the area of the surgery, of the perineum, of bleedings, and the evaluation of the uterus occurred only once or were not performed. It was found evident the necessity of

Artigo recebido em 06 de março de 2007; aceito em 12 de junho de 2007.
Endereço para correspondência: Mariana Torreglosa Ruiz, Rua Borba Gato, 416, Jardim Paulista, 15060-180 São José do Rio Preto SP, E-mail: marianatorreglosa@hotmail.com

systematizing the assistance given by the obstetrical team of this maternity during the immediate puerperal phase, including in the assistance the puerperas needs and feelings during this clinical phase of the labor.

Key-words: postpartum period, obstetrics, diagnostic techniques obstetrical.

Resumen

Características del atendimiento del equipo obstétrico a la mujer durante el período posparto inmediato en un hospital general universitario

El período posparto inmediato, que corresponde a las primeras horas posparto, es una fase crítica del ciclo gravídico puerperal, pues, generalmente, el equipo obstétrico deja de prestar algunos cuidados a la puérpera, centralizando la atención al recién nacido. Este estudio tuvo como objetivo verificar la asistencia prestada a lo largo del período postparto inmediato a puérperas atendidas en un hospital universitario. Los datos fueron colectados desde mayo hasta agosto de 2000, con una muestra de 50 puérperas, utilizándose el formulario de entrevista propuesto por Soler (1993). Los resultados: indicaron mayor referencia de malestares tales como dolor, preocupación, sueño, cansancio, hambre, sed, náuseas y vértigos; el principal control ejecutado fue el de signos vitales**;** la inspección vesical, del área de la cirugía, del perineo y de la sangría, y la evaluación uterina ocurrió solamente una vez o no fue realizada. Se verificó la necesidad de sistematización de la asistencia prestada por el equipo obstétrico de esta maternidad en la fase puerperal inmediata, incluyendo en el atendimiento de las necesidades y sentimientos de las puérperas en esta fase clínica del parto.

Palabras-clave: período de posparto, obstetrícia, técnicas de diagnóstico obstétrico.

Introdução

O puerpério é o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, impressas pela gestação no organismo materno, retornam ao estado pré-gestacional [1]. Classicamente, o parto divide-se em três períodos clínicos: a dilatação da cérvice uterina, a expulsão fetal e a dequitação ou eliminação da placenta. Entretanto, como os momentos subseqüentes à dequitação estão intimamente associados ao processo do parto e possuem características que podem comprometer a saúde das mulheres, muitos autores defenderam a inclusão de um quarto período, entre as fases clínicas do parto [2].

O termo quarto período do parto foi introduzido por Leff [3], que o limitava ao intervalo entre a finalização do parto e a remoção da mulher para a enfermaria, sendo depois ampliado por Greenberg [4], como as primeiras horas que se seguem à dequitação. Esta definição é aceita até os tempos atuais, tanto que o *"quarto período do parto"* também é conhecido como *"pós-parto imediato* ou *período clínico de Greenberg"*.

O quarto período do parto é considerado crítico, pela possibilidade de ocorrência de hemorragias por hipoatividade uterina, lesões genitais, alterações da coagulação sanguínea, desordens cárdio-respiratórias, acidente cérebro-vascular, reações a drogas anestésicas, analgésicas, antibióticas, ocitócicas ou outras; pneumonia aspirativa, rotura uterina, acidente transfusional, inversão uterina aguda e outras situações adversas que dizem respeito a patologias próprias de cada puérpera [5-13]. No entanto, apesar de serem condições graves, estas intercorrências podem ser evitadas através de assistência adequada neste período.

A assistência puerperal está relacionada diretamente aos índices de morbi-mortalidade materna, sendo um importante indicador de saúde, ao refletir as condições políticas, sociais, econômicas, culturais e o acesso aos serviços de saúde pela população, no âmbito da assistência pré-natal, ao parto, na fase puerperal e de cuidados com o recém-nascido. Mesmo com os riscos reconhecidos, o período puerperal imediato é tradicionalmente considerado um período de exclusão, em que a mulher retorna às suas funções fisiológicas normais e o foco de atenção é centralizado no recém-nascido. Deste modo, o puerpério tem sido um tema pouco pesquisado e a assistência muitas vezes é negligenciada [14-16].

Segundo a 9ª. revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), morte materna é definida como:

> " A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da dura-

> ção ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido as causas acidentais ou incidentais". [17]

A 10ª. revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, incluiu a definição de mortalidade materna tardia, considerando como morte materna aquelas ocorridas em um período maior que 42 dias até 1 ano após o parto. De acordo com a mesma classificação (CID 10), as mortes maternas são classificadas segundo sua causa, em mortes obstétricas diretas ou indiretas. As mortes obstétricas diretas são as resultantes das complicações do ciclo gravídico-puerperal devido a intervenções, omissões, tratamento errôneo ou a uma série de eventos resultantes de qualquer uma das causas acima citadas. As mortes obstétricas indiretas são resultados de doenças previamente existentes ou de doenças desenvolvidas durante o período gestacional, não devido a causas obstétricas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez [17].

No ano de 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) divulgou estimativas em relação à mortalidade materna mundial, revelando que de cada 100.000 nascidos vivos as mortes maternas aproximadas são de 400 mortes no mundo, 190 na América Latina, 830 no continente africano, 330 na Ásia, 24 na Europa e 240 na Oceania. No mesmo relatório divulgou-se que no Brasil, em 1996, ocorreram 161 mortes maternas/100.000 nascidos vivos; totalizando 8700 mortes/ano, com risco de morrer por causas maternas de 1:140. Comparativamente, nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade materna foi de 17 mortes/100.000 nascidos vivos [18].

Os estudiosos sobre o quarto período do parto, citados neste artigo, são unânimes em destacar que as mortes e agravos à saúde geralmente são evitáveis, desde que as mulheres sejam adequadamente assistidas durante o ciclo gravídico-puerperal. Assim, este estudo teve como objetivo identificar as características da assistência prestada, no decorrer do quarto período do parto, à púerperas atendidas em um hospital de ensino.

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo epidemiológico, transversal, descritivo-exploratório, de modo a explorar um fato em função do tempo, do espaço e das características que o distingue do contexto, de forma a subsidiar meios de intervenção para o planejamento e avaliação mais eficazes [19].

Os dados foram obtidos na unidade de alojamento conjunto de um hospital-escola, referência regional para o atendimento em saúde em diferentes especialidades, inclusive obstetrícia. Trata-se de um hospital geral, de grande porte, situado na cidade de São José do Rio Preto, que atende a um grande contingente populacional de várias áreas da cidade ou de cidades próximas, sendo o principal campo de estágio para alunos de medicina e de enfermagem, além de dedicar-se também à pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada através de entrevista estruturada a partir de formulário fundamentado na pesquisa de Soler [2]. A amostra foi constituída por 50 puérperas alocadas na unidade de alojamento conjunto na instituição estudada, no período de maio a agosto de 2000. Foram incluídas no estudo as puérperas que consentiram em participar, após esclarecimentos sobre a pesquisa e que passaram pelo processo do parto há pelo menos 6 horas, o que se considerou como um tempo mínimo para o repouso pós-parto.

Antecedendo a coleta dos dados, este estudo foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), considerando-se também o consentimento, pós-esclarecimento, do responsável pelo hospital e unidade obstétrica e das puérperas contatadas. Desta forma, foram tomados os cuidados explicitados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 196/96 [20].

Os dados obtidos foram agrupados em categorias semelhantes e são apresentados em forma de tabelas. É importante destacar que não se pretende que a população deste estudo seja representativa do universo de recém-parturidas, mas sim, do levantamento exploratório dos dados pertinentes aos objetivos propostos neste estudo, enfocando-se as características de atendimento prestado a mulheres, durante o quarto período do parto, no hospital campo desta pesquisa.

Resultados

Em relação aos sinais e sensações mais freqüentes relatados pelas mulheres durante o quarto período do parto, observa-se na Tabela I: a maior parte referiu dor tipo cólica (19 - 38,0%) ou abdominal (14 - 28,%); todas tiveram a percepção do

sangramento vaginal (23 - 46%) que classificaram como pequeno; 19 (38%) puérperas relataram que se sentiram cansadas e com sono; os principais motivos de preocupação citados por 32 (64%) puérperas foram outros filhos que ficaram em casa, falta de experiência anterior quanto ao parto e por causa da dor; 17 (34%) puérperas referiram sensação de calor, 14 (28%) de frio; 45 (90%) sentiram fome e sede; 15 (30%) sentiram vontade de urinar; 10 (20%) apresentaram náuseas, 7 (14%) tiveram episódios de vômito; 13 (26%) apresentaram calafrios e 28 (56%) referiram tontura em algum momento do quarto período do parto.

Tabela I - Distribuição das puérperas, segundo sintomas e sensações referidas durante o quarto período do parto. São José do Rio Preto, 2000.

Sintomas e sensações – Puerpério imediato	Presença	%	Ausência	%
Dor	37	74	13	26
Percepção do sangramento	50	100	0	0
Sono e cansaço	42	84	08	16
Apatia	17	34	33	66
Agitação e nervosismo	08	16	42	84
Medo e preocupação	18	36	32	64
Calor ou frio	34	68	16	32
Fome ou sede	45	90	05	10
Desejo de urinar ou evacuar	17	34	33	66
Náuseas e vômitos	21	42	29	58
Calafrios	13	26	37	74
Tontura	28	56	22	44

As principais queixas das puérperas deste estudo, apresentadas na Tabela II, foram dirigidas à equipe de enfermagem (16 queixas), sendo as seguintes em ordem decrescente: dor, cuidados com o recém-nascido (insegurança), auxílio para levantar do leito, perda da punção venosa, náuseas e vômito e medo de ficar sozinha no quarto. As intervenções mais freqüentes foram: medicamentosas (9), auxílio à puerpéra ou orientações (9), procedimentos (1) e nenhuma intervenção (2).

Verifica-se, na Tabela III, quanto à assistência prestada as puérperas do estudo: verificação dos sinais vitais, todos executados pela equipe de enfermagem, geralmente 4 ou mais vezes ao dia (36%), sendo que 5 (10%) puérperas referiram que o procedimento não foi realizado; a avaliação uterina (consistência e involução), foi realizada em ordem decrescente: 1 vez ao dia (19 - 38%); nenhuma vez (16 - 32%); 2 vezes ao dia (9 - 18%), sendo executado por integrantes da equipe médica (26 - 76%); da equipe de enfermagem (4 - 12%), e da equipe obstétrica (médica mais enfermagem - 4 - 12%); das 23 puérperas que tiveram parto normal, apenas 3 citaram a inspeção da região perineal, todas realizadas por médico; a inspeção vesical foi realizada em 25 puérperas (50%), sendo mais freqüente a avaliação uma vez ao dia, principalmente pela equipe médica (19 - 76%); a inspeção do sangramento vaginal foi realizada em 18 puérperas (36%), feita apenas uma vez ao dia (10 - 20%), sendo que destas, 10 avaliações foram feitas pela equipe de enfermagem (56%), e 8 foram efetuadas pela equipe médica (44%); a

Tabela II - Distribuição das puérperas, segundo queixas e assistência recebida durante o quarto período do parto. São José do Rio Preto, 2000.

Queixas	Freqüência	A quem se dirigiu	Intervenções
Dor	11 (22%)	Enfermagem – 8 queixas (73%) Equipe médica – 1 queixa (9%) Acompanhante – 2 queixas (18%)	Receberam medicamentos analgésicos (9 - 82%) Não foi realizada nenhuma intervenção (2 - 18%).
Dúvidas nos cuidados com o recém-nascido	3 (6%)	Enfermagem – 3 queixas (100%)	Auxílio e orientação quanto ao cuidado
Auxílio para levantar do leito pela primeira vez (após o parto), pois sentia - se fraca ou com tontura	3 (6%)	Enfermagem – 2 queixas (67%) Equipe médica – 1 queixa (33%)	Auxílio para levantar (1 - 33%) Auxílio após oferecer dieta (2 - 67%)
Punção venosa	1 (2%)	Enfermagem - 1 queixa (100%)	Nova punção venosa
Mal-estar (náuseas)	1 (2%)	Enfermagem - 1 queixa (100%)	Orientações para reduzir o desconforto
Medo de ficar sozinha no quarto	1 (2%)	Enfermagem - 1 queixa (100%)	Apoio psicológico

avaliação da incisão cirúrgica foi efetuada em 23 das 27 puérperas que tiveram parto cesárea, sendo realizada em sua maioria (12 avaliações), uma única vez ao dia, sendo que 13 (48%) das avaliações, foram realizadas pela equipe médica; 7 (27%) foram efetuadas pela equipe de enfermagem e 7 (27%) foram avaliadas conjuntamente pelas equipes médicas e de enfermagem; quanto às orientações, 40 (80%) puérperas informaram ter recebido orientações durante o período puerperal, em sua maioria, uma vez apenas (14 - 28%), principalmente fornecidas pela equipe de enfermagem (19), sendo os principais temas abordados nas orientações os cuidados com o recém-nascido (25); cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno (9); amamentação (2); cuidados com o recém-nascido e puerpério (4).

Sobre a opinião das puérperas referente à assistência recebida e aos profissionais que as assistiram durante o quarto período do parto, observa-se na Tabela IV que 31 (62%) puérperas classificaram os cuidados recebidos como bom e 30% como ótimo, utilizando os adjetivos excelente, maravilhoso e muito bom. Para esta resposta e apenas 1 (2%) classificou como ruim o atendimento recebido. Em relação aos profissionais que as assistiram, 58% das puérperas relataram que a equipe obstétrica possui bons profissionais e 12% destacaram as qualidades verificadas nos profissionais.

Tabela IV - Distribuição das puérperas, segundo opinião quanto aos cuidados recebidos e profissionais da equipe obstétrica do Hospital de Base de São José do Rio Preto, 2000.

Opinião quanto aos cuidados recebidos e profissionais da equipe obstétrica		%
Quanto aos cuidados		
Bom	31	62
Ótimo	15	30
Não tem queixas – indiferente	03	6
Ruim	01	2
Total	50	100
Quanto aos profissionais da equipe obstétrica		
Bons	29	58
Ótimos	08	16
Não tem queixas - indiferente	07	14
Apresentam qualidades	06	12
Total	50	100

Tabela III - Distribuição das puérperas, segundo as características da assistência ao puerpério, do Hospital de Base de São José do Rio Preto, 2000.

Procedimento	Nenhuma vez	1 vez/ dia	2vezes/dia	3vezes/dia	4 ou mais vezes/dia	Equipe que realizou o cuidado
Verificação de sinais vitais	05 - 10%	03 - 6%	15 - 30%	9 - 18%	18 - 36%	ENF - 45 (90%)
Avaliação uterina (involução e consistência)	16 - 32%	19 - 38%	09 - 18%	01 - 2%	05 - 10%	MED - 26 (76%) ENF - 04 (12%) MED + ENF - 04 (12%)
Inspeção perineal (partos normais – 23 partos)	20 - 87%	1 - 4%	2 - 9%	0	0	MED - 3 (13%)
Inspeção vesical	25 - 50%	14 - 28%	05 - 10%	0	06 - 12%	MED - 19 (76%) ENF - 04 (16%) MED + ENF - 02 (8%)
Inspeção do sangramento	32 - 64%	10 - 20%	04 - 08%	02 - 04%	02 - 04%	ENF - 10 (56%) MED - 8 (44%)
Inspeção da incisão (partos cesárea – 27 partos)	04 - 15%	12 - 44%	07 - 27%	02 - 7%	02 - 7%	MED - 13 (48%) ENF - 07 (27%) MED + ENF - 07 - (27%)
Orientações	10 - 20%	14 - 28%	08 - 16%	07 - 14%	11 -22%	ENF - 19 (38%) MED + ENF - 8 (16%) PED - 06 (12%) ENF + PSIC0 - 04 (8%) PSICO - 03 (6%)

* ENF = Equipe de enfermagem; MED = Equipe médica; MED + ENF = Equipes médica e de enfermagem; PED = Pediatra; PSICO = Equipe psicologia; ENF + PSICO = Equipe de enfermagem e de psicologia.

Discussão

De início, vale apresentar a caracterização das puérperas deste estudo: idade média de 24,1 anos (com desvio padrão de 1,42 anos), lembrando-se que os limites fisiológicos para o estabelecimento da primeira gestação são as seguintes idades: 16 anos (primigesta precoce) e 35 anos (primigesta tardia), sendo que o fator etário aumenta consideravelmente o risco para a possível realização de parto operatório [1]; casadas (26 - 52,0%); apenas uma (2,0%) era analfabeta, enquanto as restantes tinham como escolaridade o primeiro grau (33 - 66,0%) ou o segundo grau completos (26- 32,0%); acerca de atividade laboral, 34 (64,0%) não exerciam atividade remunerada, enquanto que entre as restantes 3 (6,0%) eram estudantes, 1 (2,0%) estava desempregada e igual número (6 - 12,0%) ou realizava serviços domésticos ou atuava no comércio, como vendedora, secretária, caixa e costureira.

Em relação à história obstétrica atual e pregressa, a maioria das puérperas passava pelo primeiro ciclo gravídico-puerperal (36- 72%); 25 (52%) não apresentaram problemas na gestação, enquanto que as que tiveram agravos gestacionais os mais freqüentes foram: descolamento prematuro de placenta, hipertensão arterial, infecções do trato urinário, ameaça de abortamento, dor intensa, trabalho de parto prematuro e outros casos esporádicos (cisto ovariano, diabetes gestacional, apendicite e apresentação pélvica).

Sobre dados relacionados ao parto 54% foram casarios, 44 (88%) parturientes receberam raquianestesia, 2 (4%) receberam anestesia geral e 4 (8%) não receberam analgesia e anestesia durante o trabalho de parto e parto. Quanto à caracterização dos recém-nascidos, 62% nasceram a termo, isto é, com idade gestacional de 38 a 40 semanas; 27 (54%) eram do sexo masculino; o peso médio foi de 2685 gramas (DP: 707,10 gramas).

Cabe ressaltar que na análise das características do atendimento prestado pela equipe obstétrica às puérperas deste estudo pode ter ocorrido erros, já que se trata de um estudo recordatório, pois as puérperas podem ter esquecido do atendimento recebido. Por outro lado, também é possível que as informações sejam fidedignas, já que o período de internação hospitalar entre nascimento e fase puerperal foi curto (entre 24 a 72 horas), o que minimiza o possível risco de esquecimento do que ocorreu durante o quarto período do parto.

A inspeção vaginal das 23 puérperas estudadas que tiveram parto normal foi mencionada apenas por 3 (13%) puérperas, feita por médico. Na atenção à mulher no pós-parto imediato é importante a avaliação da região perineal, que deve ser inspecionada para detecção de sinais flogísticos: dor, edema, hiperemia, com a finalidade de diagnosticar precocemente alguma intercorrência relacionada à sutura de lacerações ou epsiotomia [2]. Confirmaram a inspeção de sangramento vaginal 18 puérperas (36%) deste estudo, a maioria relatando a percepção de perda sanguínea de pequena ou média quantidade. Cabe aos profissionais da equipe obstétrica [2] avaliar e quantificar a perda sanguínea pós-parto, sendo que neste estudo 10 (55,6%) avaliações de sangramento foram feitas pela equipe de enfermagem e 8 (44,4%) pela equipe médica

Entre as 27 puérperas que tiveram parto cesárea em 23 (85,2%) foi feita avaliação da incisão, a maioria (12 - 52,2%) com apenas uma avaliação ao dia, sendo 13 (56,5%) avaliações realizadas pela equipe médica, 7 (27%) foram efetuadas pela equipe de enfermagem e 3 (13%) foram avaliadas conjuntamente pelas equipes médicas e de enfermagem. Destaca-se que nessa resposta também pode ter havido um viés de aferição, em função das puérperas detectarem como membro da equipe de enfermagem apenas o enfermeiro, apesar de ser possível que o auxiliar de enfermagem tenha feito a avaliação da incisão, além de verificar a necessidade de curativo e comunicar as condições da puérpera, em cada plantão.

Quanto às orientações durante o quarto período do parto, 40 (80%) puérperas do estudo informaram que receberam orientações, apesar de 14 (28%) relatarem que foram orientadas apenas 1 vez ao dia. Dos orientadores foram destacados: equipe de enfermagem (19 - 47,5%), equipe médica conjuntamente com a equipe de enfermagem (8 - 20%), pediatra (6 - 15%), equipe de enfermagem conjuntamente com a psicologia (4 - 10%) e psicólogos (3 - 7,5%). Segundo as puérperas, os temas abordados nas orientações foram sobre cuidados com o recém-nascido (25 - 62,5%), cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno (9 - 22,5%), amamentação (2 - 5%), cuidados com o recém-nascido e puerpério (4 - 10%).

A importância da assistência criteriosa durante o quarto período do parto é destacada pelos estudiosos, que alertam para a necessidade de detecção precoce de sinais e sintomas de agravos, como a hipertermia, infecção, sangramento, entre outros. A

equipe obstétrica deve estar atenta e vigilante na avaliação térmica, já que após o parto existem soluções de continuidade, através das quais germes e produtos tóxicos locais invadem a circulação materna nas primeiras 72 horas após o parto, sem que se instale um quadro infeccioso. Também é salientado pelos pesquisadores a importância do controle dos sinais vitais na detecção e diferenciação de manifestações fisiológicas e de sintomas patológicos relacionados ao quarto período do parto [1,2,6-12,21]. Quanto aos valores normais dos sinais vitais é enfatizado que na fase puerperal pode ocorrer bradicardia, relacionada ao aumento brusco do retorno venoso, além da pressão arterial sistêmica declinar no pós-parto imediato, para se normalizar em condições hígidas, nos primeiros cinco dias pós-parto [1].

Em relação à avaliação uterina, pode-se afirmar que a involução uterina sofre influência de algumas condições, sendo mais lenta em casos em que ocorreram grandes distensões durante a gestação (poliidrâmnio, prenhez múltipla), após cesárea, nas puérperas não lactantes e quando se instala um quadro infeccioso. Por outro lado, a involução é mais rápida em puérperas lactantes, grandes multíparas e nos casos em que a mobilização e a atividade física reinstalam-se precocemente [1,7,11].

A perda sanguínea via vaginal está diretamente associada com o manejo do terceiro período do parto (dequitação), a rapidez com que a placenta se descola e a contratilidade uterina. Portanto, é essencial avaliar a consistência e involução uterina (contração uterina) para detectar complicações no puerpério, tais como infecção e hemorragia, ambas, importantes causas de morbi-mortalidade materna [22]. Fica em destaque a importância dessa avaliação, já que aproximadamente 200 a 300 mil mulheres morrem por ano, em todo mundo, em decorrência das complicações do período puerperal [23]. A hemorragia é a principal causa de morte materna em muitos países, estimando-se que pelo menos, 25 a 30% dessas mortes sejam causadas devido a hemorragia pós-parto, sendo, portanto, a complicação mais importante do terceiro e quarto período do parto [24-26].

Apesar de ser uma fase crítica no processo do nascimento, de forma geral o quarto período do parto ainda é tratado com exclusão, negligenciando-se muitos cuidados e orientações, sendo que o foco de atenção deixa de ser a mãe para se concentrar no recém-nascido [2,14-17]. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a assistência pós-parto deve abranger uma colaboração entre pais, familiares, cuidadores, profissionais de saúde, administradores de saúde, além de grupos comunitários e políticos, na elaboração de políticas de saúde. É apropriado englobar todos esses atores na orientação para as puérperas e ter o conhecimento das práticas populares para desmistificar tabus e crenças e propagar práticas de saúde.Também, destaca-se o papel e a importância dos profissionais de saúde na prevenção, promoção, cura e reabilitação das puérperas atendidas nos serviços de saúde [26].

As queixas, sintomas e sensações manifestados por mulheres durante o quarto período do parto devem ser valorizados pela equipe obstétrica, pois a falta de atenção pode repercutir em dúvidas, insegurança e medo para elas, principalmente se forem primíparas. Cabe aos profissionais de saúde orientá-las quanto às alterações fisiológicas, explicando o que acontece, formas como amenizar os sintomas, quando esses sintomas podem se tornar patológicos e a quem ela deve recorrer caso apresente alguma alteração [2]. Muitas das mulheres, ao descreverem a vivência do parto, reconhecem a assistência como acolhedora quando a empatia com o profissional é estabelecida, o que reforça o caráter humanístico da equipe obstétrica na assistência prestada [27].

Outro aspecto na atenção da equipe obstétrica no pós-parto imediato é envolver a puérpera e a família nas orientações quanto ao puerpério e cuidados com o recém-nascido, pois durante o processo educativo pode-se desmistificar tabus e crenças, orientar técnicas corretas, promover hábitos saudáveis e criar vínculo, fortalecendo as práticas de saúde adequadas e reduzindo os índices de morbi-mortalidade associados.

Conclusão

Apesar da maioria das puérperas deste estudo considerarem que foram bem atendidas no pós-parto imediato os resultados obtidos sugerem que na maioria das vezes a equipe obstétrica da instituição estudada deixou de realizar os cuidados preconizados durante o quarto período do parto. Foram evidenciadas falhas no atendimento, de vigilância constante e cuidados sistematizados nas primeiras horas pós-parto, como forma de detecção e intervenção precoces nos agravos, de modo a evitar problemas futuros. Ante tal situação, sugere-se a criação de protocolos para sistematização da assistência pós-parto, nesta instituição. Deste modo pode-se padronizar

a assistência a ser prestada pela equipe obstétrica, considerando-se as especificidades de atuação de cada profissional, destacando-se ainda a necessidade de atuação profissional de forma interdisciplinar, incluindo a realização de orientações, permitindo a participação ativa da mulher e de familiares. Também, pela limitação encontrada de publicações científicas diretamente relacionadas ao quarto período do parto evidencia-se a necessidade de realização de mais pesquisas sobre esta temática.

Referências

1. Neme B. Obstetrícia básica. 2a ed. São Paulo: Sarvier; 2000.
2. Soler ZASG. Estudo do quarto período do parto: uma proposta de assistência sistematizada de enfermagem. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1993.
3. Leff M. Management of the third and fourth stages of labor. Surg Ginecol Obstet 1939;68(1):224-9.
4. Greenberg E. The fourth stage of labor. Amer J Obstet Gynecol 1946;52(1):746-55.
5. Javert CT. The immediate postpartum period as a fourth stage of labor. Am J Obstet Gynecol 1947;54(6):1028-32.
6. Briquet R. Hemorragia do terceiro e quarto estágios do parto. An Bras Ginecolol 2002;30: 93-118.
7. Zaragoza A, Delascio D. Quarto período do parto. Rev Hosp NS Aparecida 1953;6 (1):268-79.
8. Rising SS. The fourth stage of labor family integration. Am J Nurs 1974;75(5):870-4.
9. Delascio D, Guariento A. Assistência ao parto. In: Briquet R. Obstetrícia normal. 3a ed. São Paulo: Sarvier; 1981. p. 343-551.
10. Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem obstétrica. In: Ziegel EE, Cranley MS. Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto. 8a ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985. p. 360-81.
11. Rezende J. Obstetrícia. In: Rezende J. O parto: estudo clínico e assistência. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987. p. 250-65.
12. Vitielo N. Assistência clínica ao terceiro e quarto períodos do parto. Femina 1987; 15(6):483-86.
13. Farrer H. Maternity care immediate post natal care of the mother and baby. 2a ed. London: Churchil Livingstone; 1990. p. 147-51.
14. Fikree FF, Ali T, Durocher JM, Rahbar MH. Health service utilization for perceived postpartum morbidity among poor women living in Karachi. Soc Sci Med 2004;59: 681-94.
15. AbouZahr C, Berer M. When pregnancy is over: Preventing post-partum deaths and morbidity. In M Berer& TKS Ravindran, eds. Safe motherhood initiatives: Critical issues. Reproductive health matters. Oxford: Blackwell Science; 1999. p. 183-89.
16. Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M & Glover LH. The postpartum period: The key to maternal mortality. Internacional Journal of Gynaecology and Obstetrics 1996; 54:1-10.
17. Organização Mundial de Saúde. Décima Revisão CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde. Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 2a ed. São Paulo: EDUSP; 1997.
18. WHO/UNICEF/UNFPA. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2004.
19. Rouquayrol MZ & Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
20. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos; 1996.
21. Labhardt A. Anatomie und Psysiologie des Wockenbettes. In: Seitz L & Amreich AI. Biologie und Pathologie des Weibes. Berlin: Urban & Schwarzenberg; 1952.
22. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Rewiew). In: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2003.
23. Santos MCV. Puerpério patológico. In: Ginecologia e Obstetrícia: manual para concursos – Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais. 3a. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
24. Abouzahr C. Antepartum and postpartum haemorrhage. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. Health dimensions of sex and reproduction. Boston: Harvard University Press; 1998. p. 172-4.
25. Ng PS, Chan AS, Sin WK, Tang LC, Cheung KB, Yuen PM. A multicentre randomized controlled trial of oral misoprostol and im sintometrine in the management of the third stage of labour. Hum Reprod 2001;16(1):31-5.
26. World Health Organization. Post-partum care of the mother and newborn: A pratical guide WHO/RHT/MSM/98.3. Geneva: WHO; 1998.
27. Simões SMF, Conceição RMO. Parto humanizado: significados para a mulher. Enfermagem Brasil 2005;4(1):11-17.

Revisão

Refletindo sobre a inserção do modelo biológico na prática de enfermagem

Aline Ramos de Carvalho Pinto*, Maria Aparecida de Luca Nascimento, D.Sc.**, Leila Rangel da Silva, D.Sc.**

Aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Professora Assistente da Universidade do Grande Rio, Enfermeira do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes,Professora do Programa de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEA)*

Resumo

Trata-se de uma reflexão teórica que enfoca a utilização do modelo biológico no processo saúde-doença nas ações de enfermagem. Tem por objetivo repensar a aplicabilidade deste modelo no cuidado de enfermagem e sua importância para a profissão. São mencionados alguns artigos em que os autores descrevem e retratam a utilização do modelo biológico na prática de enfermagem, o significado do cuidado de enfermagem, os conhecimentos necessários para implementá-lo e ressaltam a importância do holismo e da interação enfermeiro-paciente no processo saúde – doença. Conclui-se que o conhecimento e a aplicabilidade do modelo biológico é importante para o reconhecimento da enfermagem como ciência. Em que pese o valor e a importância dos aspectos sociais e antropológicos contidos no cuidado de enfermagem, a abordagem biológica inserida nesta prática é enfatizada por adotar como método didático, o corpo físico do paciente submetido ao cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: modelo biológico, cuidado de enfermagem, holismo.

Abstract

Reflecting on the insertion of the biological model into nursing practice

It is a theoretical reflection that focuses on the use of a biological model in the health-disease process for nursing actions. Its objective is to rethink the applicability of this model in the nursing care and its importance for the profession. Some articles are mentioned in which the authors describe the use of biological model in nursing practice and the meaning of nursing knowledge and care needed to implement it. The importance of holism and the nurse-patient interaction in the health-disease process is highlighted. Knowledge and applicability of biological model is important for nursing to be recognized as a science. Considering the value and importance of social and anthropological aspects within nursing care the biological approach inserted into this practice is stressed for adoption as a didactic method having patient's body submitted to nursing care.

Key-words: biological model, nursing care, holism.

Artigo recebido em 10 de outubro de 2006; aceito em 10 de julho de 2007.
Endereço para correspondência: Aline Ramos de Carvalho Pinto, Rua Entre Rios, nº 125, Gramacho, D. de Caxias RJ, Tel: 2674-4392, E-mail: wilbapinto@ig.com.br

Resumen

Reflejando sobre la inserción del modelo biológico en la práctica de enfermería

Se trata de una reflexión teórica con enfoque sobre el uso del modelo biológico en el proceso salud-enfermedad en la atención de enfermería. Tiene como objetivo repensar la aplicabilidad de este modelo en el cuidado de enfermería y su importancia para la profesión. Se mencionan algunos artículos de autores que describen el uso del modelo biológico en la práctica de enfermería, el significado de la atención de enfermería, los conocimientos necesarios para implementarlo, destacando la importancia del holismo y de la interacción enfermera - paciente en el proceso de salud-enfermedad. Se concluye que el conocimiento y la aplicabilidad del modelo biológico son importantes para que enfermería sea reconocida como ciencia. Considerando el valor y la importancia de los aspectos sociales y lo antropológicos contenidos en la atención de enfermería, se enfatiza el enfoque biológico inserido en la práctica para se adoptar como método didáctico, teniendo el cuerpo del paciente sometido a la atención enfermería.

Palabras-clave: modelo biológico, atención de enfermería, holismo.

Introdução

Na disciplina sobre processo saúde-doença, os professores buscavam as representações dos alunos em torno da saúde e da doença. Foi possível perceber a partir de um conceito amplo de saúde, apoiado na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que as representações relativas à doença emergiam da patologia, na qual os sentimentos, sofrimentos e perdas estavam associados ao seu adoecer ou de outrem.

O entendimento relativo aos modos de ver a saúde e a doença, assim como os seus significados e a ampliação desses conceitos, são compreendidos como um processo que não se limita aos aspectos físicos. Contudo, a forma de expressá-los ainda sofre influência das questões biológicas do modelo hospitalocêntrico.

Albarracin [1] entende que "no modelo biológico se estabelece uma relação de causa-efeito, uma vez compreendida a razão da doença, do mal, ou do patológico, sendo necessário desenvolver um tratamento - uma ação - que vise resolver o problema encontrado."

É de suma importância analisar, discutir e aprofundar reflexões sobre o processo saúde-doença durante a formação acadêmica uma vez que, como profissionais de saúde, devem compreender as dimensões e representações desse fenômeno, assim como aplicar o modelo biológico. Esse modelo precisa ser incorporado para que o holismo, ou seja, o cuidado do paciente com abordagem de todos os aspectos envolvidos possa ser contemplado nos diversos campos de atuação da enfermagem.

O profissional de saúde segue os passos da medicina, dando ênfase ao processo patológico, em que os pacientes são tratados pela doença, impedindo um tratamento humanitário e efetivo [2].

Essa referência ao modelo biológico justifica-se pela própria história da profissão, na qual os seus pressupostos se apoiavam no modelo médico voltado para a cura. Baseada nesse modelo, a enfermagem ganhou campo e incorporou saberes em sua prática, o que ressalta a sua importância. Entretanto, mostra-se desfavorável com relação aos outros aspectos inerentes ao cuidado de enfermagem.

Segundo Almeida:

> "O saber da enfermagem ao mesmo tempo em que quer se tornar científico procura essa cientificidade na aproximação com o saber da medicina, conseqüentemente, com a sua autoridade. As primeiras expressões organizadas e sistematizadas do saber na enfermagem são constituídas, segundo a mesma autora pelas técnicas de enfermagem comumente conhecidas como cuidado de enfermagem." [3]

O cuidado técnico é (re) conhecido pelo paciente, outros profissionais de saúde e pelo próprio enfermeiro, como de responsabilidade da enfermagem. Entretanto, o cuidado da subjetividade, nem sempre é percebido ou valorizado, o que contribui para a valorização do modelo biológico.

Embora essas técnicas estejam voltadas para o corpo físico e, em sua maioria, estejam apoiadas no processo patológico, elas são reconhecidas como

cuidado. Porém, essa aplicabilidade não existe sem envolvimento, sem sentimento ou troca, senão, não seria cuidado humano. E é nessa ótica do cuidar que a enfermagem não adota puramente o modelo biológico para o cumprimento dos procedimentos técnicos relativos ao tratamento de doenças.

A partir do exposto, surgem algumas questões para reflexão:

- qual a importância atribuída ao modelo biológico na prática de enfermagem?
- considerando o cuidado indispensável à prática da enfermagem, nas instituições de saúde, é possível sua implementação dissociada deste modelo?

Envolvido nessas questões é possível compreender a utilização do modelo biológico no cuidado de enfermagem.

A partir de tais reflexões pretende-se contribuir no repensar sobre a aplicabilidade desse modelo no cuidado de enfermagem e em sua importância para a profissão.

O modelo biológico integrado as ações do cuidado de enfermagem

A enfermagem em sua formação profissional busca fundamentação do cuidado humano, considerado em sua verdadeira essência, nas diversas áreas do conhecimento, principalmente na área das ciências biológicas. Isto é notável, tanto no contexto histórico da profissão, que se assemelhava à prática médica, ou seja, tanto no cuidado voltado para a cura, quanto na avaliação do currículo do curso de graduação em enfermagem. Nos primeiros períodos desse curso são ministradas as disciplinas das ciências biológicas (anatomia, fisiologia, histologia, microbiologia, patologia), que constituem o ciclo básico, entendido como base da profissão.

Para compreender a enfermagem como ciência, a profissão se apropria desses saberes para a execução de um cuidado cientificamente fundamentado. A enfermagem, além de sua própria ciência da enfermagem, utiliza em sua prática do cuidar/cuidado, o conhecimento proveniente das ciências humanas, sociais e biológicas e através dessa associação tem sido capaz de desenvolver as atividades voltadas para uma visão holística do paciente, analisando de forma crítica os fenômenos que envolvem a sua prática. [4]

Para Nascimento:

> ”Os procedimentos técnicos permitem a sistematização da assistência, através do estabelecimento de critérios e prioridades no atendimento, exigindo do profissional, entre outros atributos, rapidez, tirocínio, bom senso, e conhecimento teórico-prático, ações que determinam o saber cuidar, de forma prática e racional, que não deve ser confundida com a racionalidade desprovida de sensibilidade.” [5]

O cuidado humano constitui a essência e a especificidade da enfermagem, e é através desse cuidado que a enfermagem se responsabiliza pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja através do cuidado direto ou das ações de gerenciamento necessárias para o seu desenvolvimento. Cuidar significa, pois, dedicar-se ao atendimento das necessidades básicas do ser humano [6].

Sendo assim, o enfermeiro, em sua prática, integra às suas ações, o modelo biológico, voltado para o aspecto do corpo físico, principalmente em situações de risco de vida e mediante a detecção de sinais e sintomas, uma vez que possui conhecimento para intervir, realizando procedimentos técnicos que são de sua competência. Entretanto, neste cuidado ocorre uma interação enfermeiro-paciente baseado em uma troca, em que em algum momento esse paciente será reconhecido como ser único, e nessa interação o enfermeiro buscará sua identidade.

De acordo com Waldow:

> “O cuidado como um processo interativo faz parte de uma leitura mais atual e, na enfermagem, tradicionalmente, tem se caracterizado por ajudar no tratamento de doenças, promovendo conforto e realizando ações de ordem técnica que via de regra auxilia na cura. As ações de cuidar independente do tipo propiciam que cuidadores e seres cuidados interajam.” [7]

Se a enfermagem tem como significado o cuidado, e tem como objetivo desenvolver uma visão holística do paciente, podemos afirmar que o modelo biológico integra as ações do cuidado, mas não o contempla em sua totalidade, já que, segundo Caprara & Franco “no paradigma holístico de saúde,

o corpo humano não constitui uma simples categoria biológica, mas sim uma realidade simbólica, um microcosmo que contém o universal, portanto bio-psico-sócio-histórico"[8].

É preciso valorizar a importância do modelo biológico na prática profissional, pois é dando ênfase a este processo que as pesquisas e as tecnologias aplicadas à saúde têm progredido. Valorizar o aspecto subjetivo do homem e sua complexidade como ser social significa também adotar uma postura crítica diante deste recente e mais amplo conceito de saúde.

Botin [9] considera que a definição política dada à saúde (OMS) introduziu para ela uma concepção utópica, e é tão genérica que não consegue ser aplicada. O ponto mais conflituoso da referida definição é especificar e definir o que se entende por "completo bem estar" e se em todos os momentos e regiões do mundo, este entendimento é igual.

Se saúde em seu conceito amplo não é apenas ausência de doença, e com base neste conceito tentarmos definir doença, pode-se compreendê-la como um "mal-estar" bio-psico-sócio-espiritual. Nesse caso estaremos atribuindo à doença qualquer fator que gere desconforto ou desequilíbrio ao homem, incluindo aqueles que tragam repercussões sociais, a partir dos seus significados quanto a este processo.

Para Minayo:

> "A doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social. Portanto tratar o fenômeno saúde-doença unicamente com os instrumentos anátomo-fisiológicos da medicina ou apenas com as medidas quantitativas da epidemiologia clássica constitui-se uma miopia frente ao social e uma falha no recorte da realidade a ser estudada." [10]

Apesar das dificuldades apresentadas para a compreensão e aplicabilidade do processo saúde-doença a partir da nova concepção, é importante discuti-lo nos diversos cenários sociais. Atrelados a isso, é necessário um querer político e uma conscientização popular com relação aos seus direitos a saúde, assim como a mobilização da sociedade para estas mudanças.

Conclusão

A partir dessas reflexões, torna-se evidente que a enfermagem em sua prática utiliza o modelo biológico para prestar cuidados fundamentados nas "ciências que nele incidem", na maioria das vezes, um cuidado voltado para o tratamento objetivando seu re-estabelecimento ou cura. Entretanto, esse cuidado deve interagir com as necessidades que emergem do paciente, valorizando suas representações e significados neste processo, a fim de resgatar a integralidade do ser humano e buscar a melhor qualidade de vida a partir dessas experiências de vida.

Na assistência de enfermagem, o cuidado é permeado por duas esferas que devem estar juntas, uma voltada para o desenvolvimento técnico e uma para a subjetividade, que se baseia em sensibilidade e intuição para o cuidado do outro, pois não é possível prestar um cuidado dissociando o corpo físico do sujeito[11].

Referências

1. Albarracin DGE. Saúde-Doença na Enfermagem: entre o senso comum e o bom senso. Goiânia: AB; 2002. p.32.
2. Gualda DMR, Bergamasco, R.B. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004. p.35-36.
3. Almeida MC. O saber da Enfermagem e sua correlação teórico-prática. São Paulo: Cortez; 1986. p.61.
4. Coelho MJ. Cuidar/cuidado em Enfermagem em emergência: Especificidade e aspectos distintivos no cotidiano assistencial [tese]. Rio de Janeiro: EEAN, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1997.
5. Nascimento MAL. O cuidado de Enfermagem e as ciências que nele incidem. Enfermagem Brasil 2004;3(3):165-69.
6. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latinoam Enfermagem 2000;8(6):96-101.
7. Waldow VR. Peculiaridades e contradições do cuidar: um estudo etnográfico. Nursing (São Paulo) 2001;4(33):18.
8. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico para uma humanização da prática médica. Cad Saúde Pública 1999;15(3):647-54.
9. Botin MH, Perez AMP. Salud y enfermedad: palabras cruzadas. Enfermería Científica 1992;122:4.
10. Minayo MCS. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. Rev Saúde Pública 1991;25(3):233.
11. Cardim MG, Costa MM, Nascimento MAL, Figueiredo NMA. Ações sem sentido por (aparente) ausência de sentido: o ser humano em coma como objeto do cuidado da equipe de enfermagem. Enfermagem Brasil 2006;5(2):99.

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2007;6(4)

Revisão

Ética e bioética: contribuição para o debate da pesquisa em enfermagem psiquiátrica

Priscilla de Oliveira Luz.*, Jacileide Guimarães, D.Sc.**

**Curso de Enfermagem das Facultades Integradas Fafibe – Bebedouro SP, **Professora do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Fafibe – Bebedouro SP*

Resumo

Trata-se de um ensaio acerca do exercício da pesquisa envolvendo seres humanos na área da enfermagem psiquiátrica. Para tanto, introduzimos um breve relato acerca da ética e algumas questões que contribuíram para o surgimento da bioética em escala internacional, assim como, o reflexo deste pensar e agir no Brasil. Em seguida nos detemos sobre o debate e as realizações da enfermagem brasileira no que tange ao campo ético/bioético, com especial atenção para a enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Destacamos a importância do processo de reforma psiquiátrica brasileira através do eixo da atenção psicossocial, fundamentado na articulação trabalhador-usuário-sociedade, como aspecto potencializador para a efetivação de um olhar bioético no exercício profissional e na pesquisa científica da enfermagem psiquiátrica.

Palavras-chave: ética, bioética, enfermagem psiquiátrica, saúde mental.

Abstract

Ethics and bioethics: contribution to the debate of research in psychiatric nursing

This is a trial about the research that involves human beings in the psychiatric nursing area. For that reason, we introduced a brief story about ethical stuff and some issues that contributed to the bioethical resurgence in an international scale and the reflection of this way of thinking and behave in Brazil. Immediately we pay attention to the debate and the brazilian nursing fulfillment with regard to the ethics and bioethics field, giving special attention to the psychiatric nursing and mental health. We emphasize the importance of the brazilian psychiatric reform process through the axis of the psychosocial attention, based on the triad: worker-user-society, as an enhancer to the effectiveness of glimpse of bioethics in the profissional exercise and in the scientific research of psychiatric nursing.

Key-words: ethic, bioethics, psychiatric nursing, mental health.

Artigo recebido em 28 de setembro de 2006; aceito em 12 de maio de 2007.
Endereço para correspondência: Priscilla Luz Calissi de Souza, Travessa Oriente, 9, Centro, 14781-349 Barretos SP, Tel: (17)3323-7027, E-mail: prisluz2005@yahoo.com.br

Resumen

Ética y bioética: contribución para el debate de la investigación en enfermería psiquiátrica

Se trata de un ensayo acerca de la investigación involucrando seres humanos en el área de enfermería psiquiátrica. Para esto, introdujimos un breve relato acerca de la ética y algunos asuntos que contribuyeron para el surgimiento de la bioética en escala internacional, así como también, un reflejo de este pensar y actuar en Brasil. Enseguida nos detenemos sobre el debate y las realizaciones de la enfermería brasileña referente al campo ético/bioético, con especial atención para la enfermería psiquiátrica y la salud mental. Destacamos la importancia del proceso de reforma psiquiátrica brasileña a través del eje de la atención psicosocial, fundamentado en la tríada: trabajador-usuario-sociedad, como aspecto potencializador para la efectividad desde una mirada bioética en el ejercicio profesional y en la investigación científica de la enfermería psiquiátrica.

Palabras-clave: ética, bioética, enfermería psiquiátrica, salud mental.

> Existe atualmente uma consciência mais nítida a respeito da responsabilidade social e ética do cientista, do pesquisador, e a convicção de que se pode fazer avançar a ciência, sem que seja necessário firmar um pacto com o diabo.
>
> Ivan de Araújo Moura Fé

Introdução

Ética e bioética

Ao introduzirmos a questão da *Ética* em saúde, faz-se necessário, resgatar um pouco de sua definição e trajetória, ou seja, as principais contribuições para a formação deste conceito, assim como, as suas próprias contribuições no âmbito da pesquisa, referindo-nos em especial, ao advento da *Bioética*.

Etimologicamente, *Ética* provém do vocábulo grego *éthos* que significa duplamente "morada" e "caráter". Sobre o primeiro significado, Heidegger refere-se como "morada do ser" e por isso, todas as vezes que o homem entra em conflito com o *éthos*, ou tenta abandoná-lo, ele se sente perdido, fora de casa [1]. Segundo o pensamento filosófico da Antiguidade Grega, o homem imprescinde do *éthos* para sustentar três grandes princípios da vida moral: 1. a felicidade como conduta virtuosa; 2. a virtude como consciência do bem e guiada pela razão; 3. a consciência como meio para a nossa independência e autodeterminação [2].

Com o nascimento do cristianismo, essa concepção de ética e de sujeito moral sofre visível alteração, a moralidade ocidental passa a incorporar a noção de **dever** e de **intenção.** No século XVIII, a ética cristã sofre o questionamento de sua autonomia, ou seja, se a ética requisita um sujeito autônomo, como explica a existência do dever, uma vez que esse último impõe uma obrigação por um poder estranho a nós (Deus)? Para equacionar tal questão, Rousseau e Kant, por diferentes caminhos, se destacam com a proposição de que o dever não pode ser estranho, mas sim, algo que procede do interior do próprio homem. Hegel, no século XIX, critica as idéias dos pensadores supracitados por não tratarem das relações sociais que envolvem os indivíduos e propõe a vida ética como conciliação do aspecto subjetivo individual com o aspecto objetivo cultural. Filósofos da contemporaneidade, como Nietzsche, por exemplo, propõem outros olhares sobre a ética, compondo o cenário das três correntes clássicas, a saber, o racionalismo ético (o fundamento é a razão), o emotivismo ético (o fundamento é a emoção) e, no caso nietzscheniano, o irracionalismo que propõe uma crítica radical à racionalidade e suas definições intervencionistas sobre o desejo e as paixões [2].

Feito este breve recorte histórico-filosófico das concepções acerca da ética, inserimos os seguintes questionamentos, que sustentam o fio condutor para a concepção da bioética: os seres humanos são sabedores, isto é, conscientes de suas atitudes e dos seus atos cotidianos? Você age impulsivamente ou pensa bastante antes de tomar uma decisão? A qualidade de vida e o respeito para com o próximo são prioridades nas tomadas de decisão que empreendemos diariamente? Como gerir as descobertas tecnológicas de forma que a singularidade humana

e a existência do meio ambiente sejam primordialmente preservados? Ou "Como não ter os filhos que não se quer ter? Como ter os filhos desejados que a natureza parece recusar?" [1].

Após a Segunda Guerra Mundial, esses questionamentos adquirem repercussão global uma vez que o horror do nazi-fascismo foi notoriamente revelado. No que se refere à pesquisa em saúde, até hoje se descobrem atrocidades que foram praticadas nos campos de concentração, verdadeiros laboratórios da miséria humana revelada através da crueldade das experiências biomédicas desenvolvidas com seres humanos. Fruto desses questionamentos e da exigência da sociedade internacional, impõe-se a necessidade da criação de códigos e legislações que veiculem o controle das experimentações envolvendo seres humanos. O primeiro desses documentos foi o Código de Nuremberg (1947) suscitado pelo tribunal de julgamentos de crimes cometidos na II Guerra Mundial [1].

Com base no Código de Nuremberg, surgiram diversas legislações internacionais, sendo mais notória a Declaração de Helsinque, adotada pela Associação Médica Mundial em 1964, sendo posteriormente revisada, em Tóquio (1975), em Veneza (1983), e mais recentemente, em Hong Kong (1989). A Declaração de Helsinque desde a sua primeira reformulação em Tóquio (1975) – em meio a efervescente corrida pelo deciframento do genoma humano e os interesses de seu patenteamento – reconheceu a premência do esclarecimento e do controle da pesquisa biomédica, devendo o seu projeto passar por comitês independentes e competentes, principalmente no que tange ao esclarecimento dos objetivos e pretensões intencionadas, devendo esse esclarecimento estar expresso no projeto da pesquisa e ser explicitado aos sujeitos envolvidos [1].

Em meio a este debate, com o surgimento desses documentos, o crescente desenvolvimento tecnológico e contínuas experimentações científicas com o mapeamento do genoma humano e animal, surgiu o conceito de *Bioética* etimologicamente compreendida como *Ética da vida* [3]. O termo *Bioética* foi criado por volta de 1970, nos Estados Unidos, e se disseminou internacionalmente por meio de congressos, tendo como enfoque principal, o problema da experimentação sobre o homem, sua metodologia e seu controle social [1].

A bioética se impõe como necessidade em uma sociedade onde o desenvolvimento tecnológico cresce vertiginosamente, mas principalmente, onde as pessoas resolvem elaborar meios de controle e de punição para conter os abusos na área da experimentação humana, tais como, o comércio de órgãos e/ou o usufruto degradante do código humano em sociedades chamadas subdesenvolvidas ou em desenvolvimento. Através da priorização dos princípios de autonomia, beneficência e justiça – a trindade bioética – defende o tripé da assistência de forma dialética, a saber, do usuário dos serviços/tecnologias de saúde, deve-se resguardar a autonomia como garantia de sua não violação humana; do profissional/pesquisador de saúde, deve-se ter incondicionalmente a beneficência como prerrogativa da sua função social; da sociedade, deve-se resguardar a justiça como retroalimentação da sua função mantenedora e continente dos seres humanos [4].

Assim a bioética, embora na mesma direção da ética, afunila o seu objeto de observação e orientação para as questões pertinentes à tecnologia aplicada ao genoma humano em especial e a pesquisa biomédica em geral, tornando o campo do direito e da moral mais eficaz e eficiente com relação à tradicional deontologia profissional, uma vez que formula o referido tripé da assistência em geral e da experimentação humana em particular. A bioética avança, também, por adotar um caráter pluralista – multidisciplinar – em que busca a representação dos vários aspectos que compõem a totalidade humana em sociedade, tais como, a religião, a jurisprudência, a vontade pessoal dos sujeitos ou grupos envolvidos (estudados pelas ciências humanas e sociais), com isso, legitima o direito do esclarecimento quanto às formas de produção e do uso da pesquisa envolvendo seres humanos através do consentimento livre e esclarecido, voltado para o benefício da comunidade.

No Brasil, a bioética sofre os reflexos de um país antes chamado "de terceiro mundo" agora denominado "em desenvolvimento". Esses reflexos caracterizam-se por uma bioética tardia impulsionada por força dos códigos e legislações internacionais. A primeira resolução que trata da normatização de pesquisas aplicadas em seres humanos data de 1988, a Resolução 01/88 do Conselho Nacional de Saúde, revisada e reformulada através do documento *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* que compõe a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. A 196/96 é composta por dez artigos acerca da normatização de pesquisa envolvendo seres humanos. Em seu preâmbulo, destaca os documentos internacionais que a fundamentam

e enfatiza a ótica do indivíduo e das coletividades, destacando, prioritariamente, os três referenciais básicos da bioética: autonomia, beneficência e justiça, visando assegurar o esclarecimento aos sujeitos da pesquisa e os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e ao Estado. Em seus artigos, descreve os termos e definições pertinentes ao exercício da pesquisa envolvendo seres humanos [4] claramente centrados na trindade bioética, internacionalmente reconhecida e propugnada.

A Resolução 196/96 constitui um avanço em nível de legislação brasileira para a pesquisa envolvendo seres humanos, principalmente, no que tange ao direito à privacidade, à confidencialidade, ao sigilo e à não-discriminação de qualquer natureza, assim como, à proteção e liberdade à autodeterminação, em especial, dos indivíduos chamados vulneráveis, dentre os quais se categorizam os doentes mentais, sendo para estes indivíduos, assegurada a necessidade de um representante legal, como suplemento ao consentimento do próprio sujeito participante da pesquisa. Os grupos vulneráveis incluem: crianças, pessoas afetadas por retardo mental, senilidade, doença mental, inconsciência (estado de coma), pessoas com deficiência física que impeça a escrita, pessoas que não sabem ler ou escrever, pessoas em situação de diminuição de suas capacidades de consentimento e gestantes.

A vulnerabilidade referida diz respeito ao comprometimento da capacidade de tomada de decisão do sujeito sobre a participação em estudos por motivos de incompreensão cognitiva ou limitação/risco físico e/ou emocional devendo, portanto, ter a proteção adicional do representante legal [5].

A Resolução 196/96-CNS inscreve-se como um precedente ético e de fundamentação bioética no Brasil, zelando pela dignidade dos sujeitos envolvidos em pesquisas e em detrimento da manipulação tecnificista e/ou danosa dos mesmos. Com isso, abriu-se espaço no país para revisões e outras resoluções no que concerne à pesquisa biomédica destacando-se o enfoque bioético. Assim, em agosto de 1997, é aprovada a Resolução 251/97-CNS que dispõe sobre a normatização da pesquisa envolvendo seres humanos na área de novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos [3].

Porém, um desafio que se impõe para a implementação de legislações bioéticas em países em desenvolvimento é a realidade da situação de desigualdades político-sociais e econômicas que caracterizam esses países. No Brasil, a desigualdade e a má distribuição de renda são notórias, enquanto as abordagens das pesquisas, muitas vezes são descontextualizadas, fundamentadas em realidades do chamado primeiro mundo onde o desenvolvimento tecnológico caminha em melhor sintonia com as conquistas sociais da população. Portanto, a reflexão bioética na realidade dos países em desenvolvimento exige a ultrapassagem da perspectiva puramente biológica para o resgate da visão bio-sociológica. A atualidade da atenção psicossocial em saúde mental vem reforçar a necessidade de um olhar bioético sobre a pesquisa nos vários campos de conhecimento e intervenção que compõem esta área, onde destacamos a enfermagem psiquiátrica como espaço de considerável produção científica envolvendo seres humanos.

Objetivo

O presente estudo compreende uma exposição ensaística ou revisão crítica da literatura sobre pesquisa envolvendo seres humanos na enfermagem psiquiátrica. Um ensaio compreende uma composição ampla, porém, específica sobre determinado assunto, cuja escrita visa problematizar um tema, "refletir sobre um tema e partilhar esta reflexão com os leitores" [6]. Para tanto, exige-se a retomada dos saberes limítrofes da questão em foco, por isso, retomamos, aqui, a problemática da ética e da bioética, assim como, os saberes e práticas da psiquiatria e saúde mental, embora sucintamente, com o objetivo de nos determos na questão da pesquisa na enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Foram utilizados estudos originários, portanto mais antigos, e contribuições mais recentes. Também entendemos que o presente estudo constitui uma contribuição ao debate e não se destina a um levantamento exaustivo do tema. Assim objetivamos contribuir para o debate sobre a relação da ética e da bioética na pesquisa em enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

Ética e bioética: contribuição para o debate da pesquisa em enfermagem psiquiátrica

No campo da psiquiatria agrava-se a dificuldade em termos de exatidão das respostas para as pesquisas realizadas, uma vez que transtornos psiquiátricos, como os conhecemos, não ocorrem em animais, fonte de aplicação e comparação usual na pesquisa clínica geral. A exemplo das peculiarida-

des reconhecidas da clínica psiquiátrica, também a pesquisa nesta área demarca reflexões específicas que somadas à observância dos princípios éticos e da trindade bioética, requerem ainda a atenção para questões de grande relevância, por exemplo, acerca do consentimento informado (livre e esclarecido) ou no que tange à suspensão/substituição de um tratamento medicamentoso anterior para o emprego de um novo psicofármaco, devendo-se nunca negligenciar a avaliação do quadro clínico, considerando a possibilidade do agravo das condições físicas e emocionais que poderiam levar a pessoa, em última instância, ao risco de suicídio.

> Se a precisa caracterização de quem tem ou não capacidade para consentir conscientemente é uma questão a ser equacionada pela ciência e pela técnica psiquiátricas, ainda assim nos restará uma importante interrogação: o que fazer em relação aos pacientes que não têm capacidade mental para consentir conscientemente? O Código de Ética Médica aponta um caminho, ao aceitar que o consentimento possa ser dado pelo responsável legal do paciente. Mas impõe a exigência de que a pesquisa tenha que se destinar a beneficiar diretamente a pessoa submetida à mesma. (...) Se alguns pacientes não devem ser incluídos em virtude do seu quadro mental, outros também não deverão sê-lo por fatores tais como sua resposta a tratamentos realizados anteriormente. Referimo-nos a pacientes que, em crises pregressas, tiveram excelente melhora com o uso de determinada terapêutica. Não seria admissível que se privasse estes pacientes do tratamento comprovadamente eficaz, para incluí-los em procedimentos de experimentação clínica [7:187-8].

Considerando a trajetória da história da psiquiatria através dos tempos, marcada pelo signo da exclusão e até de violência muitas vezes praticada sob a chancela da internação compulsória e prolongada [8-10], onde o paciente não conhecia seus direitos, apenas o dever de manter-se submisso ao tratamento, historicamente mais inclinado para o viés da normatização sócio-política das cidades e ostentação da razão vigente, julgamos fundamental o amparo bioético sobre a defesa de um representante legal do sujeito. Porém, mantendo-se a valorização primeira do próprio sujeito como participante da pesquisa com autonomia e legitimidade acerca do seu depoimento sobre o tema investigado, assim como, a compreensão do "*primum non nocere*" hipocrático para a proibição de casos de experimentação científica inadmissíveis, como a mudança de terapêuticas comprovadamente benéficas, apenas em função de pesquisa clínica [7].

Nesse sentido, a reforma psiquiátrica brasileira vem colaborar com a vigilância ética através da atenção psicossocial. A pessoa com transtorno mental encontra-se em uma condição vulnerável do ponto de vista da susceptibilidade das respostas ao contexto em que está inserida, mas isso não quer dizer irresponsabilidade ou ignorância frente ao seu estado e a sua interação, primordialmente determinada pelas formas de relacionamentos estabelecidos. O conceito de contratualidade [11] trazido pela atenção psicossocial vem firmar juntamente com a trindade bioética o que ficou conhecido em saúde mental como a ética da solidariedade [12] que não pode sob nenhuma hipótese ser ignorada ou suplantada pelo velho discurso da tutela psiquiátrica.

O exercício da enfermagem e a ética em saúde mental

No âmbito da enfermagem internacional, registra-se, como primeiro documento para a normatização da pesquisa envolvendo seres humanos, as orientações quanto aos direitos humanos para enfermeiros em pesquisas clínicas e outras, publicado em 1975, pela Associação de Enfermeiros Americanos. O Conselho Internacional de Enfermagem em 1996, por ocasião do Dia Internacional do Enfermeiro, divulga os princípios e recomendações que devem ser preservados em relação à ética nas investigações em enfermagem [3].

No Brasil, é aprovado, em 12 de maio de 1993, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem através da Resolução 160 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Com relação à pesquisa, destaca-se no Capítulo IV: Dos Deveres – os artigos 35, 36 e 37, que versam respectivamente, sobre a solicitação do consentimento dos envolvidos na pesquisa, assim como a explicitação clara quanto aos objetivos, riscos e benefícios, o direito do anonimato, o respeito à privacidade e intimidade, e a liberdade de poder desistir antes do término da pesquisa (35); a interrupção da pesquisa frente a

qualquer dano à vida e à integridade da pessoa (36); a honestidade no relato dos resultados da pesquisa (37). No Capítulo V: Das Proibições – os artigos 53, Parágrafo Único, 54, 55, 56 e 57 dispõem, em síntese, sobre a ética e o rigor em pesquisa, devendo os profissionais enfermeiros não atentarem contra o respeito e a prioridade da vida humana e nem contra a criteriosidade da ciência. Em 14 de maio do mesmo ano, a Resolução 161 amplia os efeitos da resolução anterior (160) aos demais componentes da área de enfermagem [13].

Em 15 de junho de 1994, o COFEN, através da resolução 172, normatiza a criação de Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde. Essa Resolução centra-se no exercício profissional, não fazendo referência à atividade de pesquisa. A Resolução 181/95 - COFEN aprova o Código de Processo Ético direcionado às Autarquias Profissionais de Enfermagem [13].

Assim, no que tange à ética voltada para a pesquisa em enfermagem envolvendo seres humanos é o próprio Código de Ética da categoria, que normatiza o que deve e o que não deve (Deveres e Proibições) ser feito pelo enfermeiro pesquisador, devidamente incorporada e reforçada a trindade bioética de autonomia, beneficência e justiça.

Em um estudo realizado sobre a produção científica da enfermagem psiquiátrica, em nível de pós-graduação, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [14], as autoras identificaram a partir da década de 1990 – portanto da implementação do paradigma da atenção comunitária e psicossocial em saúde mental – uma ampliação dos temas investigados, porém, havendo ainda uma predominância de estudos relacionados à assistência, dentre os quais, a investigação sobre a percepção dos atores envolvidos no processo de trabalho da área, o que implica a participação dos usuários dos serviços na eleição de sujeitos informantes das pesquisas; tendo obtido no período de 1990-2003 um percentual de 11% de pacientes como sujeitos informantes. Percentual este que deve crescer com a implementação nacional da reestruturação em saúde mental, centrados na inclusão e na participação dos usuários dos novos serviços.

Compreendemos a predominância do interesse de pesquisa pelo campo assistencial como pertinente à verificação da melhoria da qualidade dos saberes e fazeres em saúde mental, uma vez que é na realidade da assistência que verificamos a fidedignidade do avanço ou não das políticas públicas do setor. A pesquisa acerca da assistência como um espelho das transformações conquistadas na saúde mental, nos remete ao próprio processo de investigação científica: a importância da compreensão do pesquisador de sua responsabilidade junto aos sujeitos participantes e a comunidade em geral. Na área de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica, percebe-se um aumento considerável de pesquisas qualitativas que levam o pesquisador a uma maior interação com os sujeitos investigados. Este é o ponto que consideramos particularmente importante para o conhecimento da bioética em pesquisa. Embora o rigor científico e a normatização bioética deva ser igualmente respeitado tanto na pesquisa quantitativa quanto na pesquisa qualitativa, há nesta última, um estreitamento maior do contato interpessoal sujeito-pesquisador, condição inerente a sua realização, devido ao emprego de instrumentos interativos de investigação como entrevistas e modalidades de história oral.

Daí a urgente necessidade do conhecimento e da não incidência em contratempos aparentemente fortuitos, mas que incorrem em falhas graves contra as legislações que balizam a pesquisa envolvendo seres humanos. O pesquisador deve evitar incorrer em práticas questionáveis com implicações éticas, como envolver pessoas na pesquisa sem seu conhecimento ou consentimento; coagir pessoas a participarem; esconder do participante a natureza verdadeira da pesquisa; levar os participantes da pesquisa a cometerem atos que diminuam seu auto-respeito; violar o direito de autodeterminação (pesquisas sobre controle de comportamento e mudança de caráter); expor o participante da pesquisa a estresse físico ou mental; invadir a privacidade do participante da pesquisa; não cumprir datas e horários previamente agendados; deixar de tratar os participantes honestamente e de mostrar consideração e respeito por eles.

Tratam-se de posturas para as quais não seria preciso haver legislações, de aparentemente tão elementares no que se refere ao respeito ao outro e à condição humana. No entanto, se há legislações e órgãos consultivos sobre a necessidade universal de respeito ao ser humano é porque avançamos muito, na tecnificação, no ideal da objetividade científica cega ou no interesse pessoal desmedido, que agora precisamos de parâmetros tão antigos quanto a nossa própria experiência de seres gregários, sujeitos a deveres, mas também, sujeitos com direitos.

Aos pesquisadores da enfermagem psiquiátrica que em geral têm por informantes de suas pesquisas

sujeitos considerados vulneráveis, resta o entendimento de que esta condição não é um atributo a mais na lista de estigmas pejorativamente associados ao doente mental, mas pelo contrário, deve contribuir para assegurar os direitos de cidadania e de esclarecimento pertencentes a toda pessoa como membro de uma coletividade. A história da psiquiatria/saúde mental seria reducionista se não pudéssemos contar com a própria voz do sujeito que sofre. E a pesquisa, como veículo de reconhecimento das múltiplas possibilidades da existência e do discurso dos sujeitos, contribui para a descoberta de novas possibilidades que venham a viabilizar o desafio do resgate da cidadania do doente mental. Legar um lugar de *objeto* incompreensível ou previamente enquadrado ao doente mental, seja na assistência ou na pesquisa, é uma versão dos fatos que em nossa avaliação não contribui para a compreensão e a inclusão social da pessoa que vivencia a experiência do sofrimento psíquico.

Conclusão

A ética da vida ou bioética nas pesquisas em enfermagem envolvendo seres humanos, apoiada na Resolução 160/93-COFEN e na 196/96-CNS, tem condições de contribuir para o desenvolvimento científico aliado à priorização do respeito à pessoa no que lhe há de mais universal: a sua humanidade e no que lhe há de mais singular: a sua autodeterminação. Ou como diz a epígrafe deste estudo: "se pode fazer avançar a ciência, sem que seja necessário firmar um pacto com o diabo".

Fazer ciência envolvendo seres humanos é algo necessário, mas que ao longo da história das pesquisas biomédicas assumiu um caráter perigoso; por isso, resta atermo-nos ao fio condutor da ética através da bioética, como garantia de uma ciência comprometida com a qualidade de vida e contra as formas de aviltamento que lhes possam ser impostas.

Na enfermagem psiquiátrica, contamos com o referencial da atenção psicossocial que propugna o resgate da cidadania do doente mental no campo prático dos fazeres assistenciais, assim como, na literatura científica e legislativa da área. Consideramos fundamental o princípio de respeito respaldado pelos movimentos e lutas antimanicomiais e demais processos que proíbem os maus-tratos de qualquer natureza contra os doentes mentais, princípio este que vem somar com a responsabilização bioética dos pesquisadores em saúde mental e conseqüentemente na enfermagem psiquiátrica como espaço reconhecido do desenvolvimento de pesquisas no país.

Por fim, vale ressaltar o caráter processual da pesquisa em enfermagem psiquiátrica, assim como em qualquer outra área de atuação – ou seja, o antes, o durante e o depois – como momentos diferentes, mas de igual responsabilidade para com os sujeitos envolvidos.

Referências

1. Barchifontaine CP, Pessini L. Bioética e Saúde. 2a ed. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde; 1989.
2. Chauí MS. Convite à filosofia. 6a ed. São Paulo: Ática; 1995.
3. Costa SFG. Ser ético na pesquisa em enfermagem: concepção infinitista e possibilidades abertas pela hermenêutica da finitude. EERP: Ribeirão Preto; 1999.
4. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996;15-25.
5. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre: Artemed; 2004.
6. Luft L. Entrevista. Por Marco Antonio de Carvalho. Entre Livros 2006;2(15);20-25.
7. Moura Fé IA. Conflitos éticos em psiquiatria. In: Assad JE, ed. Desafios éticos. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1993. p.179-192.
8. Alexander FG, Selesnick ST. História da psiquiatria. São Paulo: Ibrasa; 1968.
9. Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva; 1993.
10. Pessotti I. A loucura e as épocas. São Paulo: Editora 34; 1994.
11. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A , Org. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p.13-18.
12. Pitta A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta A, ed. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p.19-26.
13. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo-COREN/SP. Documentos Básicos de Enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo; 2000.
14. Barros S, Oliveira MAF, Silva ALA, Carvalho RK, Machado AL, Colvero LA, et al. O conhecimento produzido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: a Enfermagem Psiquiátrica. Rev Esc Enferm USP 2005;39(Esp.):553-63.

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2007;6(4)

Comunicação breve

Fitoterápicos no período perioperatório: considerações para o cuidado de enfermagem

Keilla Couto Machado*, Cecília Maria Izidoro Pinto, M.Sc.**

**Enfermeira, Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ,* Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/ UFRJ*

Resumo

Os fitoterápicos possuem efeitos mais suaves, o que pode explicar a redução, não a eliminação, dos efeitos colaterais. O presente estudo partiu do interesse em identificar esses medicamentos e suas possíveis interações no período perioperatório em pacientes que fazem uso dessa prática natural. O objeto foi o levantamento bibliográfico acerca de publicações que abordem esta temática e suas implicações no cuidado de enfermagem. Os artigos pesquisados demonstraram que o uso de fitoterápicos necessita de acompanhamento, principalmente em pessoas que irão submeter-se à uma cirurgia, e a não suspensão pode acarretar complicações no intra ou no pós-operatório. Com a adesão da fitoterapia pelo sistema público de saúde, é notória a necessidade do conhecimento do enfermeiro sobre este assunto, uma vez que é a enfermagem a responsável pelo preparo pré-operatório e pelos cuidados no pós. Portanto, devemos estar familiarizados com esses medicamentos para prevenir, reconhecer e tratar as eventuais complicações que possam surgir.

Palavras-chave: cuidado de enfermagem, fitoterapia, interações ervas-drogas, período perioperatório.

Abstract

Herbal medicines in perioperative period: considerations for the nursing care

The herbal medicines have more pleasant effects, what can explain the reduction, but not the elimination, of collateral effects. The present study emerged from the interest in identifying those medicines and their possible interactions in patients who are used to this natural treatment during the perioperative period. The object was a review of literature about issues that deal with this subject and its implications for nursing care. The researched articles showed that herbal medicines use needs attendance, mainly in presurgical people, and the non-interruption can cause complications during and after the surgery. With the adhesion of phytotherapy by the public health system, the nurse's knowledge of this subject is indispensable, since the nursing is responsible for the patients care before and after the surgery. Therefore, we need to get familiar with these medicines to prevent, recognize and care for the fortuitous complications that may come up.

Key-words: nursing care, phytotherapy, herb-drug interactions, perioperative period.

Artigo recebido em 9 de dezembro de 2005; aceito em 12 de janeiro de 2007.
Endereço para correspondência: Keilla Couto Machado, Rua Sampaio Ferraz, 68/301, Estácio, 20250-040 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 2293-1534 / 9658-2182, E-mail: keillamachado@yahoo.com.br

Resumen

Fitoterápicos en el período perioperatorio: consideraciones para la atención de enfermería

Los fitoterápicos poseen efectos más suaves, lo que puede explicar la reducción, pero no la eliminación, de los efectos colaterales. El presente estudio surgió del interese en identificar estos medicamentos y sus posibles interacciones en el periodo perioperatorio en pacientes que utilizan esta práctica natural. Como objeto se hizo una investigación bibliográfica de publicaciones que abordaron esta temática y sus implicaciones en el cuidado de enfermería. Los artículos investigados demostraron que el uso de fitoterápicos necesita acompañamiento, principalmente en lo que se refiere a personas que se submeterán a una cirugía, y la no suspensión puede causar complicaciones en el intra o en el postoperatorio. Con la aceptación de la fitoterapia por el "Sistema Único de Saúde" de Brasil, es notable la necesidad de que el enfermero conozca sobre el tema ya que la enfermería es la responsable del preparo preoperatorio y por los cuidados en el postoperatorio. Por tanto, debemos familiarizarnos con esas medicinas para prevenir, reconocer y tratar las eventuales complicaciones que puedan surgir.

Palabras-clave: atención de enfermería, fitoterapia, interacciones hierba-drogas, periodo perioperatorio.

Introdução

A utilização de plantas como tentativa de solucionar os problemas de saúde ocorre desde épocas muito remotas da civilização. O uso de plantas com finalidades terapêuticas antecede a história da humanidade e forma a origem da medicina moderna [1]. Muitos dos medicamentos convencionais originam-se de plantas, como a aspirina, a atropina e a morfina.

A fitoterapia consiste no emprego terapêutico das plantas em diferentes preparações [2]. Essas plantas medicinais, denominadas ervas, incluem flores, arbustos, árvores, musgos, samambaias, algas, plantas marinhas e fungos. Também podem ser utilizadas partes de plantas, como folhas, raízes e sementes [3].

O fascínio da população por esta prática, chamada de "natural", vem se intensificando ao longo do tempo, e atualmente ganha força como uma das mais importantes modalidades de medicina alternativa. Essas preparações de plantas, conhecidas como medicamentos fitoterápicos, embora sejam naturais, não são necessariamente inócuos.

Os fitoterápicos, de maneira geral, possuem efeitos mais suaves, fato este que não elimina os possíveis efeitos colaterais, cabíveis a quaisquer medicamentos. Apesar das muitas incertezas sobre as preparações comerciais dos fitoterápicos, estes também seguem princípios farmacológicos e podem afetar adversamente o paciente no período perioperatório.

Uma preocupação associada ao uso dos fitoterápicos é a ocorrência, com maior freqüência, do risco de morbidade e mortalidade, durante o período perioperatório, decorrentes das alterações fisiológicas face às interações dos fitoterápicos com outros medicamentos. Algumas das principais complicações que podem advir desta interação incluem infarto do miocárdio, hemorragias, potencialização ou prolongamento do efeito anestésico e rejeição de órgãos transplantados [4].

É importante o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso desses fitoterápicos pelos pacientes concomitante a outro tratamento alopático ou procedimento cirúrgico, uma vez que essas ervas podem ter várias ações no organismo [1].

Os trabalhos de pesquisa nesta área têm demonstrado que, além da eficácia comprovada, a relação custo X benefício dos medicamentos e procedimentos torna a fitoterapia mais acessível à população [5]. Com isso, vários municípios brasileiros já a adotaram como prática comum em suas unidades básicas de saúde. Os enfermeiros, muitas vezes coordenadores dessas unidades, têm apoiado a nova metodologia, por mostrar-se adequada às necessidades da população. Esforçam-se por contribuir para o estudo e implementação da fitoterapia, no sentido de melhor assistir aos usuários e colaborar com o trabalho da equipe multiprofissional.

O estudo teve como objetivos:

- identificar as publicações de pesquisa sobre a influência dos medicamentos fitoterápicos, durante o período perioperatório, realizadas entre 1998 e 2003;
- realizar o levantamento bibliográfico acerca das publicações e/ou recomendações sobre possíveis interações medicamentosas, bem como seus

efeitos frente ao período perioperatório e suas implicações para o cuidado de enfermagem.

Material e métodos

Obtenção dos artigos: utilização de sites de busca de literatura científica, tais como: www.scielo.com.br; www.bireme.br; www.sciencedirect.com; e www.medline.com.

Artigos da pesquisa: as fontes primárias se constituíram de artigos publicados em revistas científicas sobre as interações dos fitoterápicos com outros medicamentos, durante o período perioperatório, referentes ao período de 1998 a 2003.

Tipo de pesquisa: trata-se de uma pesquisa bibliográfica acerca de pesquisas envolvendo as interações entre os fitoterápicos e outros medicamentos durante o período perioperatório.

Amostra: compõe-se de um total de 33 artigos, pesquisados entre os meses de dezembro de 2003 e fevereiro de 2004.

Resultados

Foram analisados os oito fitoterápicos mais comumente utilizados pela população, e os resultados foram dispostos na tabela a seguir:

Tabela I - Principais efeitos dos 8 fitoterápicos mais utilizados e os principais diagnósticos de enfermagem associados.

Fitoterápico	Principais usos	Principais efeitos farmacológicos	Complicações perioperatórias potenciais	Descontinuação do uso	Principais diagnósticos de enfermagem associados [7]
Equinácea (Echinacea purpurea)	Prevenção e tratamento de infecções fúngicas, bacterianas e virais [1,4].	Estimulante do sistema imune, porém seu uso prolongado pode causar imunossupressão [6].	Reações alérgicas; diminuição de efeito de imunossupressores; pode causar hepatotoxicidade [6].	O quanto antes possível de uma cirurgia [1].	Risco para infecção devido à imunossupressão; integridade da pele prejudicada devido à cicatrização prejudicada.
Éfedra (Ephedra sinica)	Promover perda de peso [6]; tratar problemas respiratórios [6]; antitussígeno [6].	Efeitos simpatomiméticos diretos e indiretos [4,6]; aumento da freqüência cardíaca e pressão arterial [6].	Aumento dose-dependente da freqüência cardíaca e pressão arterial com risco de infarto do miocárdio e AVC [6]; arritmias ventriculares em associação com o halotano [4,6]; depleção das catecolaminas endógenas com o uso prolongado podendo causar instabilidade hemodinâmica [6].	Pelo menos 24 horas antes da cirurgia [1,6].	Perfusão tissular ineficaz devido à vasoconstrição.
Alho (Allium sativum)	Anti-hipertensivo [6]; reduz a formação de trombos e os níveis séricos de lipídeos e colesterol [4].	Inibição da agregação plaquetária (podendo ser de forma irreversível) [4,6].	Potencial para aumentar o risco de sangramento, especialmente quando combinado com outras medicações que inibem a agregação plaquetária [6].	Pelo menos 7 dias antes da cirurgia [1,6].	Risco para volume de líquidos deficiente; débito cardíaco diminuído; perfusão tissular ineficaz devido à hipovolemia.

Fitoterápico	Principais usos	Principais efeitos farmacológicos	Complicações perioperatórias potenciais	Descontinuação do uso	Principais diagnósticos de enfermagem associados [7]
Ginco (Ginkgo biloba)	Tratamento da doença de Alzheimer, doenças vasculares periféricas, disfunção erétil e problemas de memória [4].	Inibição do fator ativador de plaquetas [4,6]; antioxidante [4]; modulação da atividade de receptores e neurotransmissores.	Potencial para aumentar o risco de sangramento, especialmente quando combinado com outras medicações que inibem a agregação plaquetária [6].	Pelo menos 36 horas antes da cirurgia [1,6].	Risco para volume de líquidos deficiente; débito cardíaco diminuído; perfusão tissular ineficaz devido à hipovolemia.
Ginseng (Panax ginseng)	Protege o organismo contra o estresse e restaura a homeostasia [4].	Inibição da agregação plaquetária (podendo ser de forma irreversível) [4,6]; redução dos níveis séricos de glicose [1]; aumento do PTT [4,6]	Hipoglicemia [1,4,6]; Potencial para aumentar o risco de sangramento [4,6]; pode diminuir o efeito anticoagulante da varfarina [6].	Pelo menos 7 dias antes da cirurgia [1,6].	Risco para volume de líquidos deficiente; débito cardíaco diminuído; perfusão tissular ineficaz devido à hipovolemia; risco para quedas devido à hipoglicemia.
Kawa-kawa (Piper methysticum)	Ansiolítico [4,6] e sedativo [6].	Possivelmente atua potencializando a ação do GABA [4].	Potencialização do efeito sedativo dos anestésicos [4,6].	Pelo menos 24 horas antes da cirurgia [1,6].	Risco para aspiração; comunicação verbal prejudicada.
Erva-de-São-João (Hypericum Perforatum)	Tratamento da depressão e ansiedade [4].	Inibição da recaptação de noradrenalina, dopamina e serotonina [4].	Indução das enzimas do citocromo P450 e interação com ciclosporina, alfentanil, midazolan, lidocaína e bloqueadores dos canais de cálcio [6]; redução do efeito anticoagulante da varfarina [6]; prolongamento do efeito anestésico [3].	Pelo menos 5 dias antes da cirurgia [1,6].	Risco para volume de líquidos deficiente devido à hemorragias; risco para aspiração; comunicação verbal prejudicada.
Valeriana (Valeriana officinalis)	Tratamento da insônia [4].	Potencialização da neurotransmissão e função do GABA [4]; sedação [6].	Potencialização do efeito sedativo dos anestésicos [4,6]; síndrome de abstinência (tipo benzodiazepínica) com a suspensão abrupta [4].	Diminuição gradativa até o momento da cirurgia [1].	Risco para aspiração; comunicação verbal prejudicada.

Conclusão

Com o crescimento da fitoterapia, e sua adesão pelo sistema público de saúde, é notória a necessidade do conhecimento do enfermeiro sobre os medicamentos fitoterápicos, suas ações e possíveis interações. Entretanto, é preciso ter cautela. A crença popular de que as plantas não fazem mal é estimulada por fortes apelos de marketing comercial, e faz com que o quadro do uso indiscriminado destes fármacos seja desconsiderado pelos profissionais de saúde.

Os artigos pesquisados demonstram claramente que o uso de fitoterápicos necessita de um acompanhamento, principalmente em pessoas que se submeterão a uma cirurgia, e a sua não suspensão pode acarretar complicações seja no intra ou até

mesmo na fase pós-operatória. Alguns pacientes necessitam de cirurgia não-eletiva ou não atendem à instrução de suspensão, e assim tomarão seus fitoterápicos até a hora da cirurgia. Portanto, o enfermeiro deve estar familiarizado com esses medicamentos para prevenir, reconhecer e tratar as eventuais complicações que venham a surgir decorrentes do uso de fitoterápicos utilizados isoladamente ou associados com medicamentos convencionais.

Com o presente trabalho buscamos formar uma observação sistemática pelo enfermeiro sobre a clientela que faz uso de medicamentos fitoterápicos, considerando seus para-efeitos e seus riscos possíveis durante a fase perioperatória. Objetivamos, também, trazer novas informações para o âmbito da enfermagem, uma vez que ainda são poucas as pesquisas realizadas por enfermeiros relacionadas à fitoterapia. Portanto, as informações aqui descritas vêm a preencher um pouco esta lacuna, além de contribuir para o aprimoramento do enfermeiro.

Referências

1. Ortenzi AV. Fitoterápicos e anestesia [online]. [citado 2004 Abr 5]. Disponível em: URL: http://www.anestesiologia.com.br
2. Landmann J. As medicinas alternativas: mito, embuste ou ciência? Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989. 185 p.
3. Anesthesiologists warn: if you're taking herbal products, tell your doctor [online]. [citado 2004 Abr 6]. Disponível em: URL: http://www.asahq.org/PublicEduction/herbal.html.
4. Skinner CM, Rangasami J. Preoperative use of herbal medicines: a patient survey. Br J Anaesth 2002;89(5):792-795.
5. Geovanini T. Caracterização e conhecimento popular de plantas medicinais em um município da Serra da Mantiqueira – MG. Enfermagem Brasil 2004;3(1):24-28.
6. Ang-Lee MK, Moss J, Yuan C. Herbal medicines and perioperative care. JAMA 2001;286:208-216.
7. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2001-2002. North American Nursing Association. Traduzido por: Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed; 2002.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA [online]. [citado 2004 Maio 9]. Disponível em: URL: http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm
9. Barbosa MA. A fitoterapia como prática de saúde: o caso do Hospital de Terapia Ayurvédica de Goiânia [dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN; 1990. 256 p.
10. Blau JJ. Ephedrine nephrolithiasis associated with chronic ephedrine abuse. J Urol 1998;160:825.
11. Brumley C. Herbs and the perioperative patient. AORN Journal 2000;72:785-796.
12. Capasso R, Izzo AA, Pinto L et al. Phytotherapy and quality of herbal medicines. Fitoterapia 2000;71:558-65.
13. Colee JM, Ten Kate LP, Vries HG, et al. Allele sharing chromosomes 11q13 and in sibs with asthma and atopy. Lancet 1993;342:936.
14. Dietary Supplement Health and Education Act of 1994 [online]. [citado 2004 Abr 30]. Disponível em: URL: http://www.cfsan.fda.gov/~dms/supplmnt.html
15. DOU - Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS. Resoluções CIPLAN nº 4-8, 11/03/1988. p.3996-4000.
16. Einsenberg DM, Davis RB, Ettner SL et al. Trends in alternative medicine use in United States, 1990-1997: results of a follow-up study. JAMA 1998;280:1569-75.
17. Ernest E. Herbal medicines: where is the evidence? BMJ 2000;321:395-6.
18. Fugh-Berman A. Herb-drug interactions. The Lancet 2000;355:134-8.
19. Gingko biloba. [citado 2002 Mar 8]. Disponível em: URL: http://www.siu.edu/~ebl/leaflets/gingko2.htm
20. Hodges PJ, Kam PCA. The peri-operative implications of herbal medicines. Anaesthesia 2002;57:889-99.
21. Hyde FF. Medicina herbárea. In: Ill A. Guia das medicinas alternativas: todos os sistemas de cura natural. Traduzido por: Fernanado Waldemar de Castro Soramenho. São Paulo: Hemus; 1975.
22. Kam PCA, Liew S. Traditional chinese herbal medicine and anaesthesia. Anaesthesia 2002;57:1083-9.
23. Kaye AD, Clarke RC, Sabar R, et al. Herbal medications: current trends in anesthesiology practice - a hospital survey. J Clin Anesth 2000;12:468-71.
24. Lacerda LD. Os manguezais do Brasil. Rio de Janeiro: Departamento de Geoquímica da UFF; 1993.
25. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia do trabalho científico. 4a ed. São Paulo: Atlas; 1992.
26. Leak JA. Herbal medicines: what do we need to know? ASA Newsletter 2000;64(2).
27. Leak JA. Perioperative considerations in the management of the patients taking herbal medicines. Curr Opin Anesthesiol 2000;13:321-5.
28. Leung JM, Dzankic S, Manku K, et al. The prevalence and predictors of the use of alternative medicine in presurgical patients in five California hospitals. Anesth Analg 2001;93:1062-1068.
29. Miller LG. Herbal medicinals. Selected clinical considerations focusing on known or potential drug-interaction. Arch Intern Med 1998;158:2200-11.
30. Murphy JM. Preoperative considerations with herbal medicines. AORN Journal 1999;69:173-183.
31. Nightingale SL. From the food and drug administration. JAMA 1997;278:15.
32. Pepping J. Echinacea. Am J Health Syst Pharm 1999;56:121-2.
33. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. Traduzido por: Regina Machado Garcez. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 391 p.
34. Ravagnani F. Farmácia natural. Revista Época 2004;2:44-9.
35. Sehgal A, Hall JE. Herbal medicines - harmless or harmful? Anaesthesia. 2002;57:947-8.
36. Serrano AI. O que é medicina alternativa. São Paulo: Brasiliense; 1984. 103 p.
37. Tsen LC, Segal S, Bader AM et al. Alternative medicine use in presurgical patients. Anesthesiology. 2000;93:148-51.
38. Winslow LC, Kroll DJ. Herbs as medicines. Arch Intern Med 1998;158:2192-9.

Calendário de eventos

2007

Outubro

4 e 5 de outubro
II Encontro de Processo de Enfermagem do Hospital Estadual Sumaré
Sumaré, São Paulo
Informações: www.hes.unicamp.br

4 a 6 de outubro
II Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal
3º Seminário de Saúde da Criança e do Adolescente
Local: Bloco K. Centro de Ciências da Saúde, UFRJ
Rio de Janeiro, RJ
Informações: contato@cbepnrj.com.br

11 a 13 de outubro
Seminário Nacional de Diretrizes de Enfermagem na Atenção Básica em Saúde
Natal
Informações: www.aben-rn.org.br/senabs

14 a 17 de outubro
V COBEON – Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal
Grande Hotel Dall Onder, Bento Gonçalves, RS
Informações: coren-rs@portalcoren-rs.gov.br

21 a 25 de outubro de 2007
VII Congresso Brasileiro de Estomaterapia / I Congresso Luso-Brasileiro de Estomaterapia / IV Semana Nacional de Estomaterapia / II Simpósio Internacional de Incontinência
Centro de Convenções de Curitiba, PR
Informações: (11) 5081-7718

29 a 31 de outubro
I Simpósio Ibero-Americano de História da Enfermagem
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP
Informações: www.ee.usp.br

Novembro

7 a 9 de novembro
1º. Encontro de Enfermagem Ginecológica do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, RJ
Informações: www.abenforj.com.br

11 de novembro
III Jornada de Cuidados de Enfermagem com Cateteres Vasculares
Anfiteatro InCor – HCFMUSP, São Paulo, SP
Informações: (11) 3069-5239
E-mail: enfermagem@incor.usp.br7

14 a 16 de novembro
XI Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado 18-20, Madrid, España
Informações: www.isciii.es/htdocs/pdf/Triptico_Esp.pdf

14 a 16 de novembro
Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Informações: www.esenfc.pt

21 a 24 de novembro
II Congresso Brasileiro de Enfermagem em Emergência
São Paulo, SP
Informações: (11) 2157-6652 c/ Flávia
E-mail: www.cobeem.com.br

30 e 31 de novembro
V Congresso Brasileiro de Enfermagem em Urologia
Centro de Convenções da Bahia, Salvador
Informações: (11) 3062-1722
E-mail: uro2007@somaeventos.com.br

Dezembro

3 a 7 de dezembro
59º CBEn - Congresso Brasileiro de Enfermagem
Centro de Convenções Ulysses Guimarães
Brasilia, DF
Informações: www.aben-df.com.br

2008

Abril

17 a 19 de abril
2º SITEN - Simpósio Internacional Sobre o Trabalho em Enfermagem
Foz do Iguaçu, PR
Informações: www.aben-pr.org.br/siten/siten/menu/index.htm

Curso de Urgências e Emergências

Enfermagem Brasil – Volume 6 Número 4 – Julho / Agosto de 2007

Adriana Roloff
adroloff@brturbo.com.br

Especialista em Terapia Intensiva Adulto Crítico pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra-RS) e em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela PUC-RS, enfermeira do Setor de Educação Permanente do Hospital de Pronto-Socorro de Canoas (HPSC-RS) e enfermeira orientadora técnica das Unidades de Internação do HPSC-RS, ex-professora titular da disciplina de Enfermagem em Cuidado do Adulto I da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestranda em Genética Molecular e Toxicologia pela Ulbra-RS

atlântica editora

ATLÂNTICA educacional

1 **Triagem e gerenciamento de desastres em vítimas de traumas**

2 **Cinemática do trauma**

3 **Atendimento inicial à vítima de trauma**

4 **Atendimento inicial ao paciente queimado**

5 **Atendimento à criança vítima de trauma**

6 **Atendimento na parada cardiorrespiratória: SBV e SAV**

Será feita uma avaliação pós-curso para emissão de certificado pela Atlantica Educacional.

Atendimento inicial ao paciente queimado

DEFINIÇÃO

As queimaduras constituem causas importantes de morbidade e mortalidade no trauma. A equipe do trauma é fundamental no atendimento ao paciente vítima de queimaduras. A reanimação inicial, em tempo apropriado, minimiza a morbidade e a mortalidade por estas lesões.

Por se tratar de agressões aflitivas nos aspectos bio-psico e social, a equipe além de conhecer a fisiopatologia das queimaduras por diferentes agentes e as condutas de reanimação, deve administrar apoio psicológico, pois muitas vezes os danos representam deterioração do indivíduo.

As vítimas de queimadura geralmente são indivíduos jovens, entre 0 a 44 anos de idade. As crianças têm grande incidência de queimaduras com líquidos aquecidos, enquanto que indivíduos adultos são acometidos por lesões elétricas e químicas e geralmente estas são associadas ao trabalho.

As primeiras condutas a serem tomadas no atendimento inicial ao paciente queimado deverão seguir as seguintes sistematizações:

1) Abordagem dos ABC'S
- Permeabilização das vias aéreas e controle da coluna cervical, promovendo sua estabilidade;
- Sinais sugestivos de comprometimento ventilatório;
- Manutenção e controle do padrão hemodinâmico;
- Avaliação do estado neurológico;
- Exposição completa de hipotermia;
- Avaliação secundária e preparo do paciente para o tratamento definitivo ou transferência se for necessário.

2) Classificação das queimaduras, área corporal e profundidade.

3) Verificar os fatores agravantes das queimaduras relacionadas à história do trauma.

Medidas imediatas

1) **Via aérea:** as complicações pulmonares são decorrentes da ação direta do calor no sistema respiratório e da inalação de gases tóxicos produzidos pelo processo de combustão de diferentes agentes. A equipe do trauma deve estar atenta aos sinais e sintomas que surgirem nas vias aéreas:

- queimaduras faciais vibrissas;
- queimadura de pelos nasais;
- queimadura de cílios e sobrancelhas;
- tosse e rouquidão sugerem edema de laringe;
- escarro carbonado;
- aumento de freqüência respiratória e de esforço respiratório;
- história de confusão mental e/ou de confinamento no local do incêndio.

As vias aéreas apresentam dois tipos de lesões:

⇨ **lesões térmicas**: acomete vias aéreas superiores, raramente atingindo vias aéreas inferiores. Em alguns casos de explosões, o mecanismo de lesão pode ser mais rápido do que o reflexo laríngeo permitindo assim, o comprometimento das vias aéreas inferiores.

⇨ **lesão por inalação**: ocasionada por produtos químicos de combustão, carregados por partículas de fuligem e gás carbônico acometendo, principalmente, as vias aéreas inferiores e, de forma sistemática, o sistema respiratório.

A inalação de gases nocivos é encontrada, freqüentemente, em vítimas que permaneceram fechadas em ambiente com fumaça ou sofreram queimaduras em face, pescoço e tórax. Estas lesões podem evoluir com edema rapidamente causando epóxi decorrente de obstrução mecânica de vias aéreas.

Quando inalado, o monóxido de carbono produz complicações respiratórias, principalmente quando associado à hemoglobina, pois impede a oxidação tecidual adequada. Abaixo estão descritos os sinais e sintomas que revelam este episódio:

- cefaléia;
- tontura;
- náuseas;
- pele e mucosa de coloração rósea;
- taquicardia;
- taquidispinéia.

Estas lesões necessitam de cuidados imediatos e definitivos, incluindo suporte de vias aéreas.

2) **Interrompendo o processo de queimadura:** toda a roupa deve ser removida, muitos tecidos derretem formando resíduos aquecidos que permanecem queimando o indivíduo. Roupas contendo substâncias químicas devem ser removidas cuidadosamente. Em seguida, a superfície corporal deve ser enxaguada com água.

3) **Alterações hemodinâmicas:** as alterações fisiopatológicas contribuem para um decréscimo no débito cardíaco ocorrendo, assim, a queda da pressão arterial. A função renal é prejudicada, pois a diminuição do volume circulante e a destruição de eritrócitos libera hemoglobina livre na urina. Com a redução do fluxo sangüíneo nos rins ocorre a necrose tubular, porém, a rápida reposição volêmica garante a restauração do fluxo renal. A realização da sondagem gástrica serve para prevenir vômitos e possíveis aspirações, permitindo também verificar as características do conteúdo drenado. A sondagem vesical permite monitorar o volume e a característica da urina.

4) **Acesso venoso:** qualquer doente queimado com comprometimento de mais de 20% da superfície corpórea, necessita de reposição de volume. Devem ser providenciados dois acessos venosos com cateter calibroso, caso a extensão da queimadura não permita a introdução do cateter através de pele íntegra, deve-se puncionar uma veia acessível através da pele queimada. No momento da punção, deve-se colher amostras de sangue para hematócrito, hemoglobina, tipagem sangüínea e dosagem de eletrólitos.

A determinação da reposição volêmica para o período de 24 horas após o acidente deverá obedecer à fórmula indicada pelo NIH descrita a seguir:

2 a 4 ml de ringer com lactato / kg de peso corporal / Percentagem de área queimada.

↓

A metade do volume será infundida nas primeiras 8 horas e a outra metade nas próximas 16 horas.

A quantidade e velocidade do fluxo administrado são controladas pela pressão arterial, freqüência cardíaca e débito urinário esperado:

- adulto = 30 a 50 ml / hora;
- crianças menores de 1 ano = 2 ml / kg /hora;
- crianças maiores de 1 ano = 1 ml / kg / hora.

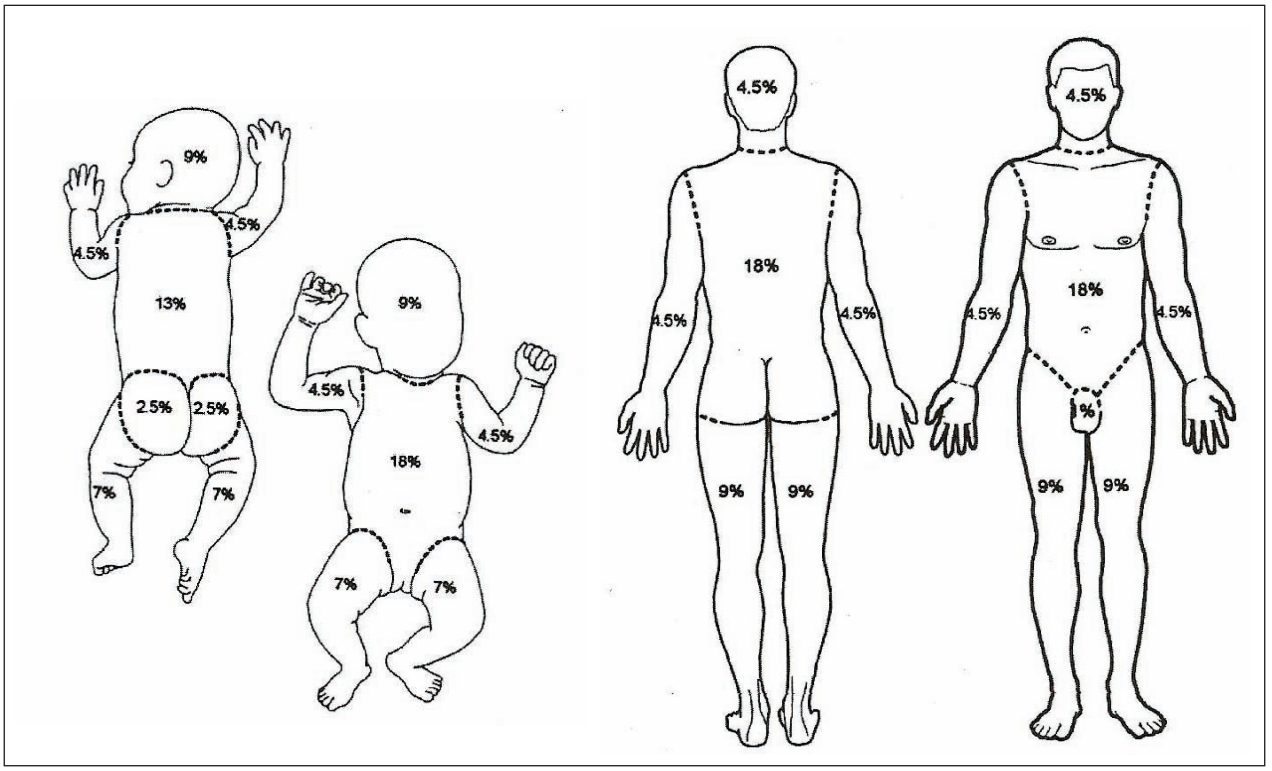
5) Avaliação do paciente queimado

A) História: deve ser investigado como ocorreu a lesão, podendo assim investigar histórias de lesões associadas durante o incidente. A história clínica deve ser obtida através do doente ou da família, perguntas sobre doenças pré - existentes devem ser feitas, assim como o uso de medicamentos e histórias prévias de alergias. Deve ser investigado o estado de imunização do doente contra o tétano.

B) Área de superfície corpórea: a regra dos nove é prática e útil para determinar a extensão da queimadura. No adulto, as regiões anatômicas representam 9%, ou múltiplos de 9%, da superfície total. Na criança, a cabeça corresponde a uma percentagem maior e os membros interiores a uma percentagem menor do que no adulto. A palma da mão representa aproximadamente 1% de sua superfície corpórea.

C) Profundidade da queimadura e anatomia e fisiologia da pele: a pele que reveste a superfície corporal é composta de células, nervos, vasos sangüíneos, glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas e folículos pilosos. Ela tem como função: sensações, proteção, termo regulação e secreção. É constituída por três camadas: a epiderme (tecido originário do ectoderma, constituído por extrato córneo, extrato lúcido, extrato granuloso, extrato espinhoso e extrato germinativo), a derme (proveniente do mesoderma, constituída por duas camadas: papilar e radicular) e a hipoderme (localizada abaixo da derme, uma camada de tecido frouxo).

Alterações provocadas pelas queimaduras: em locais queimados, há um aumento da permeabilidade vascular onde ocorre lesão endotelial e conseqüente extravasamento de plasma para o espaço intersticial. A perda plasmática ocasiona o edema proporcional à intensidade da tensão. O edema em tecido não lesado é decorrente da ação de substâncias vaso - ativas comuns em queimaduras com áreas superiores a 20 -30%.



A morte do indivíduo pode ocorrer por hipovolemia, complicações pulmonares e, tardiamente, por infecções generalizadas.

Níveis de queimadura: a profundidade da queimadura é refletida na sua gravidade. As queimaduras produzem uma variedade de alterações hidroeletrolíticas, alterações metabólicas nas proteínas, hidratos de carbono, gorduras e vitaminas, além da disfunção de vários órgãos.

Queimadura de primeiro grau: tem como característica eritema, dor, ausência de bolhas, discreto edema e formigamento. Ela atinge a camada da epiderme ex: queimadura provocada pelo sol.

Queimadura de segundo grau: tem como característica a aparência avermelhada, apresenta edema, bolhas, aparência úmida e muito dolorosa e, além disso, hipersensibilidade a corrente de ar. Ela atinge a camada da epiderme e parte da derme. Ex: escaldadura, chamas e líquidos superaquecidos.

Os acidentes causados por escaldaduras, uma das principais causas de queimaduras domésticas em crianças, pode resultar em lesão de terceiro grau dependendo do tempo de imersão e temperatura do líquido. É importante ressaltar que agentes que freqüentemente causam queimaduras de segundo grau em adultos podem produzir lesões de terceiro grau em crianças menores de 4 anos de idade. Observe abaixo:

Tempo	Temperatura
1 segundo	70,0C
2 segundos	65,5C
10 segundos	60,0C
30 segundos	54,5C
1 minuto	53,0C
10 minutos	49,0C

Queimadura de terceiro grau: costuma ser escura: a pele pode apresentar aparência translúcida, mosqueada ou esbranquiçada. A superfície é indolor, pois ocorre a destruição de fibras nervosas. Ela atinge a epiderme, derme e tecidos subcutâneos, podendo atingir órgãos, ossos, tendões, etc. (p.ex., chamas, corrente elétrica, substância química e substâncias inflamáveis).

Estabilizando o paciente queimado

A) Via aérea: o doente queimado, ao chegar ao serviço de emergência, deverá obrigatoriamente passar por uma avaliação da via aérea e por atendimento definitivo. A manifestação clínica da lesão por inalação pode ser sutil e freqüentemente não aparece nas primeiras horas, o edema da via aérea poderá chegar a ponto de impedir a intubação e de tornar necessária uma via aérea cirúrgica.

B) Respiração: o tratamento é realizado de acordo com os sinais e sintomas e podem ocorrer pelos seguintes mecanismos:

1. lesão térmica (produz edema e obstrução da via aérea superior);
2. inalação de produtos de combustão e fumaça (ocorrendo traqueobronquites químicas, edema e pneumonia);
3. intoxicação por monóxido de carbono.

O tratamento inicial pode exigir a intubação endotraqueal e a ventilação mecânica, porém não podemos esquecer que se deve ofertar oxigênio a 100% para o paciente.

C) Volume sanguíneo: no paciente queimado a avaliação do volume sanguíneo circulante costuma ser difícil. A monitorização mais confiável é através da monitorização horária do débito urinário, portanto, a sondagem vesical se faz necessária. Para facilitar a reposição volêmica, existe uma regra simples que é: *infundir volume em velocidade suficiente para manter a diurese horária de 1,0 ml por Kg para crianças de 30 kg ou menos e de 30 a 50 ml para adultos.*

O paciente queimado necessita de 2 a 4 ml de ringer-lactato por kg de peso corporal por percentagem de superfície com queimaduras de segundo e terceiro graus. Nas primeiras 24 horas, deve-se manter um débito urinário adequado. O volume estimado deverá ser administrado da seguinte maneira: metade do volume total estimado é administrado nas primeiras 8 horas, e o restante, nas 16 horas seguintes. Cada paciente deve ser avaliado individualmente e sempre deve ser levado em consideração o débito urinário, os sinais vitais e as condições gerais do mesmo.

D) Exame físico: devemos estar sempre atentos quanto à extensão e profundidade da queimadura, avaliar lesões associadas e pesar o paciente.

E) Registros: todo o atendimento deve ser documentado e estes registros devem acompanhar o paciente em sua internação.

F) Manutenção da circulação periférica:

a. remover todas as jóias;
b. avaliação de pulsos periféricos;
c. presença de dificuldade circulatória que resulta da queimadura circunferencial de um membro que deve ser avaliada por um cirurgião para verificar a necessidade de escarotomia;
d. a fasciotomia raramente é necessária, ela poderá ser indicada quando está associada a queimadura de um trauma ósseo com lesões por esmagamento.

G) Sondagem nasogástrica: caso a queimadura envolva mais de 20% da área corporal ou o paciente apresente náusea, vômitos ou distensão abdominal, torna-se essencial à utilização da sonda nasogástrica, que deverá ser mantida em sucção.

H) Cuidados com a ferida: a área deverá ser coberta com um pano limpo, pois o contato com o ar aumenta a dor. Quando ocorrer presença de bolhas, as mesmas não devem ser rompidas. Qualquer substância aplicada previamente deverá ser removida completamente para, em seguida, aplicar antibacterianos tópicos. Nunca se deve usar água fria em pacientes com queimadura extensas à aplicação de compressas frias, pois pode causar hipotermia.

Particularidades nos cuidados com queimaduras especiais

Queimaduras químicas: o principal objetivo é remover a vítima para um local seguro e despi-la completamente. Logo após, proceder com a remoção física da substância e diluição do produto químico com grande quantidade de água corrente, por no mínimo 20 minutos, e cuidar imediatamente da ferida. Este tipo de queimadura é influenciado por:

- concentração do agente químico;
- da quantidade de substância;
- do modo e duração de contato com a pele;
- da extensão corporal exposta ao agente;
- do agente envolvido

Importante: Quando ocorre queimadura nos olhos, deve-se irrigar continuamente os olhos nas primeiras 8 horas após o ferimento.

Queimaduras elétricas: as queimaduras elétricas geralmente são mais graves do que aparentam. O corpo serve como condutor de energia e o calor gerado resulta de lesão térmica dos tecidos. O atendimento de um paciente grave inclui a atenção às vias aéreas e à respiração, o estabelecimento de acesso venoso em membro que não tenha sido le-

sado, monitorização eletrocardiograma e sondagem vesical de demora. Caso a urina esteja escura, deve-se considerar a presença de hemocromógenos, nesta circunstância se institui a terapia para mioglobinúria. Quando na presença de mioglobinúria, deve-se instituir hidratação vigorosa para garantir um débito urinário de 100ml / h.

A gravidade e a extensão das lesões variam de acordo com a resistência imposta à corrente elétrica pelo tecido atingido. Quanto mais resistente o tecido, menor a lesão.

Queimaduras provocadas por raios: estas lesões geralmente são localizadas; mesmo que a energia despendida seja alta, o tempo de exposição é curto. Os óbitos com este tipo de queimadura estão relacionados com as lesões cárdio pulmonar.

Queimaduras por frio: os fatores que influenciam este tipo de queimadura são:

- temperatura;
- tempo de exposição;
- condições ambientais;
- presença de doenças vasculares periféricas prévias;
- lesões associadas.

As queimaduras sem congelamento são caracterizadas por comprometimento microvascular, ocorrem devido à temperatura ambiente muito elevada. O tratamento é um aquecimento da região lesada e, após, tratadas as outras lesões. Quando ocorre a queimadura com congelamento, caracteriza-se por congelamento do tecido e oclusão micro-vascular. Estas queimaduras são classificadas em graus, e dividem-se assim:

- primeiro grau: caracterizada por hiperemia sem necrose de pele;
- segundo grau: ocorre formação de vesículas, hiperemia e edema com necrose parcial da pele;
- terceiro grau: lesões profundas com necrose de pele e tecidos subjacentes;
- quarto grau: necrose de pele atingindo músculos e ossos com gangrena.

Hipotermia

O que é hipotermia? É o estado no qual a temperatura central do doente cai abaixo de 35°C. É classificada como leve (35° a 32° C), moderada (32° a 30° C) ou grave (30° C). A temperatura pode cair rapidamente quando, por exemplo, a vítima for imersa em água gelada.

Quais os sinais e sintomas da hipotermia? Os sinais de hipotermia são evidenciados pela diminuição da temperatura central e a diminuição do nível de consciência O doente é frio ao toque e tem uma aparência cinza. Os sinais vitais podem variar de acordo com cada indivíduo, porém, geralmente há uma diminuição acentuada da freqüência cardíaca e respiratória.

Tratamento da hipotermia: caso a vítima estiver em parada cardiorrespiratória, o atendimento deve seguir pela seqüência ABCDE. O ritmo cardíaco deve ser identificado e restabelecido ocorrendo, assim, a existência de um fluxo circulatório que deverá atender as necessidades metabólicas do paciente. Deve-se prevenir a perda do calor, aquecendo o ambiente, retirando roupas úmidas e frias, colocando cobertores quentes e, em seguida, iniciar a administração de oxigênio. A monitorização cardíaca é essencial, assim como a pesquisa sobre a história atual de doenças prévias do doente. Exames de laboratórios também devem ser realizados. Por fim, devem-se iniciar manobras de reaquecimento e tratamento de lesões concomitantes.

REFERÊNCIAS

1. Rogers JH et al. Enfermagem de emergência: um manual prático. Porto Alegre: Artmed; 1992.
2. Freire E. Trauma: a doença dos séculos (ed chefe Evandro Freire). São Paulo: Atheneu; 2001.
3. Nazi LA et al. Rotinas em pronto-socorro. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
4. Coelho MJ et al. O socorro, o socorrido e o socorrer: cuidar/cuidados em enfermagem de emergência. Rio de Janeiro: Anna Nery; 1999. p. 50.
5. Ministério da Saúde. Datasus. Brasil. 1998.
6. Hércules HC. Trauma: a doença do século - mecanismo do trauma. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
7. Neto JB, Gomes EG. Trauma: a doença do século - etiologia do trauma. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
8. Pires MJB, Harling SV. Manual de urgências em pronto-socorro. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
9. Pavelqueires S, Marçal AA, Gomes CPL, Otoboni JR. Manobras avançadas de suporte ao trauma e emergências cardiovasculares – MAST. 5a ed. Marilia: Manual do Curso MAST; 2002.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, N Engl J Med. 1997; 336(4): 309-315) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são resumidas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), htpp://www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2001.

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power-Point, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

2. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

3. Atualização ou divulgação

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

4. Estudo de caso

São artigos de dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

5. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

PREPARAÇÃO DO TEXTO

1. Normas gerais

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times Roman (English Times) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:
- Título em português e inglês.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3. Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave *(Abstract, Key-words)*

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:
- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
Jean-Louis Peytavin – Atlantica Editora
Rua da Lapa, 180/1103 – Lapa – 20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel: (21) 2221 4164 – E-mail: jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Consulte o texto completo das Normas em nosso site:
www.atlanticaeditora.com.br

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 6 número 5 - Setembro / Outubro de 2007

EDITORIAL

Tão simples.... tão complexo cuidar do recém-nascido que sente dor,
Marialda Moreira Christoffel 283

ARTIGOS ORIGINAIS

Caracterização de mulheres admitidas para parto em maternidade pública de Fortaleza: implicações para a assistência de enfermagem,
José Wicto Pereira Borges, Auzilene Moreira de Andrade, José Guilherme de Sousa Silva, Lucilia Maria Nunes Falcão 285

Tipagem sangüínea na população de São Mateus: uma questão de saúde pública,
Valdenir José Belinelo, Adriana Nunes Moraes, Mônica Irani de Gouvêia, Suzana Antonio, Raphael Castiglioni Nascimento, Ivana Perini Casteluber 291

Prevalência de clientes com doenças cardíacas no Setor de Emergência,
Deyse Conceição Santoro Batista, Andrea Gonçalves, Charles de Oliveira Batista 295

Proposta de protocolo para consulta de enfermagem a pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento conservador,
Sílvia Maria de Sá Basílio Lins, Francisca Márcia Pereira Linhares 305

Controle de infecção neonatal: avaliação da adoção de medidas de controle pela equipe de enfermagem, Carla Almeida Damasceno, Naiane Andrade Simões, Samara Gomes Vasconcelos, Tânia Christiane Bispo 312

REVISÃO

Os erros na administração de medicamentos e suas relações com os valores pessoais, a moral e a ética, Graziele de Lima Dalmolin, Valéria Lerch Lunardi, Wilson Danilo Lunardi Filho 321

RELATO DE CASO

As variações comportamentais dos idosos: desafio da enfermeira no processo saúde-doença, Elisabeth Gomes de Melo Sant'Ana, Célia Antunes C. de Souza, Florence Romijn Tocantins 329

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 334

CALENDÁRIO DE EVENTOS 336

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem - IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UniRio – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UniRio – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Dulce Dirclair Huf (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)

Rio de Janeiro
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164 / 2517-2749
atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

São Paulo
Rua Teodoro Sampaio, 2550/cj15
05406-200 – São Paulo – SP
Tel: (11) 3816-6192

Recife
Monica Pedrosa Miranda
Rua Dona Rita de Souza, 212
52061-480 – Recife – PE
Tel.: (81) 3444-2083 / 9204-0346
atlanticarecife@atlanticaeditora.com.br

Assinaturas
1 ano: R$ 175,00
Rio de Janeiro: (21) 2221-4164
São Paulo: (11) 3361-5595
Email: melloassinaturas@uol.com.br
Recife: (81) 3444-2083

atlântica editora

Editor executivo
Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Publicidade e marketing
René Caldeira Delpy Jr.
rene@atlanticaeditora.com.br

Gerência de vendas de assinaturas
Djalma Peçanha
djalma@atlanticaeditora.com.br

Editoração e arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Atendimento ao assinante
Vanessa Busson
vanessa@atlanticaeditora.com.br

Redação e administração
Todo o material
a ser publicado
deve ser enviado para
o seguinte endereço:

artigos@atlanticaeditora.com.br
ou
Atlantica Editora - Artigos
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil e MN-Metabólica.***

Fotos da capa: *Alessandra dos Reis Mota, Magda de Castro, Enfermeiras, Michele Cezar, Técnica de Enfermagem, Maria do Carmo da silva Souza, AOSD e Filipe Mendonça Firmino do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

Tão simples.... tão complexo cuidar do recém-nascido que sente dor

Profa. Dra. Marialda Moreira Christoffel

Embora a dor seja parte integrante da vida presente ao longo de todo o ciclo de desenvolvimento do ser humano, desde o nascimento até a morte, mesmo sendo desagradável e estressante, muitas vezes, é essencial à sobrevivência porque exerce uma função protetora para o organismo. A dor no recém nascido internado na unidade neonatal, muitas vezes, está relacionada aos procedimentos invasivos caracterizando-se como um tipo de dor aguda. A dor aguda é considerada como uma função de alerta ao organismo, seguida de uma lesão tecidual, em geral, que diminui progressivamente e desaparece com a resolução do processo patológico. Apresenta-se bem delineada temporalmente e associa-se a alterações neurovegetativas como: alteração da freqüência cardíaca, freqüência respiratória, alteração da saturação de oxigênio, sudorese palmar, além de distúrbios comportamentais como o choro e a movimentação corporal, alterações do estado de sono e vigília e a expressão facial.

Muitos foram os mitos de que o recém-nascido não sentia dor, acreditava-se que ele era imaturo neurologicamente e sua mielinização era incompleta. Estudos baseados em evidências, a partir da década de 80, fizeram com que a dor fosse compreendida como um elemento do cuidado. O conceito de dor, a fisiopatologia e as medidas farmacológicas e não farmacológicas foram avançando. Dentre os procedimentos considerados dolorosos temos: a punção venosa sucessiva, retirada de esparadrapos e sensores, punção de calcâneo, além da dor da ausência da mãe/pai.

No ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o cotidiano da equipe de enfermagem é mesclado por ações banais no qual as normas instituídas e a fragmentação do cuidado ao recém nascido tornam-se presentes, ao mesmo tempo em que se mostram contraditórias. Através das transformações no mundo da ciência e da arte, a enfermagem neonatal busca no seu cotidiano um cuidado estético, ético e humano.

Vários autores expressam, discutem e refletem sobre as diferentes formas de cuidar: cuidado e conforto através da arte, ou seja, o cuidado através das cores, toque terapêutico, criatividade, e a mais bela das artes...o pensar e o fazer na enfermagem.

A enfermagem tem buscado um cuidar mais humano tanto para o cuidador como para o ser cuidado em sua prática profissional. A dimensão da estética do cuidado humano transcende o tempo, o espaço e a história de vida, culminando em uma união espiritual entre o ser que cuida e o que é cuidado. Existe toda uma maneira de agir da equipe de enfermagem em relação à maneira de ser dos recém nascidos que, através de seus pequenos gestos, tornam as experiências pessoais e profissionais mais eficientes, e, toda essa comunicação não verbal, possibilita uma mudança de atitude, havendo a retomada de medidas não farmacológicas no cuidado realizado. A equipe de enfermagem ao cuidar do recém-nascido, durante as 24 horas na UTIN, proporciona uma relação concreta, real e através de pequenas situações do dia a dia, onde o recém-nascido aparece com

Profa. Adjunta do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

toda a sua debilidade, necessitando de cuidados especializados, de uma tecnologia mais eficaz à sua sobrevivência é que se percebe que esta relação ocorre num espaço permeado de subjetividade entre a equipe e o recém nascido.

Ocorre assim um cuidado que só pode ser demonstrado de um modo interpessoal e que resulta na satisfação de certas necessidades humanas, promovendo a saúde e crescimento individual. Cuidar do recém nascido que sente dor, que reage aos procedimentos, faz com que a equipe de enfermagem tenha um agir que remete a medidas tais como o acalentar, o enrolamento, a sucção não nutritiva e o uso de glicose a 25%. Medidas estas preconizadas pelo programa de atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso. Essas medidas nos remetem a refletir sobre uma mudança na forma de cuidar do recém nascido. Tão simples, tão complexo cuidar do recém-nascido que sente dor na unidade de terapia intensiva neonatal.

ATENÇÃO

Por razões técnicas, não publicamos nesta edição a quinta aula
do curso de Urgências e Emergências.
Nas próximas edições daremos continuidade com as duas últimas aulas.

Enfermagem Brasil
Setembro / Outubro 2007;6(5)

Artigo original

Caracterização de mulheres admitidas para parto em Maternidade Pública de Fortaleza: implicações para a assistência de enfermagem

José Wicto Pereira Borges*, Auzilene Moreira de Andrade*, José Guilherme de Sousa Silva*, Lucilia Maria Nunes Falcão, M.Sc.**

**Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF), **Profa. em Epidemiologia, Orientadora – Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF)*

Resumo

Este estudo buscou identificar o perfil sócio-demográfico e obstétrico das parturientes de um hospital público de Fortaleza, Ceará. Trata-se de estudo descritivo-transversal com informações através de formulário. Foram entrevistadas 200 mulheres. Destas, 27% tinham menos de 20 anos, 65,5% possuíam até 8 anos de estudo, 38,7% eram primíparas e 21,6% já haviam sofrido aborto anterior. 91,5% das mulheres compareceram ao pré-natal com média de consultas de 4,8; dp = 2,0. Durante o pré-natal, 99% realizaram o VDRL, 96,5% o ABO – Rh e 92,5% o anti-HIV. Os outros exames variaram entre 69,5% e 82,5% de realizações. 40% tiveram parto abdominal e 49,5%, vaginal. Apesar da alta cobertura da testagem anti-HIV, 7,5% pariram sem a realização do teste. Os partos abdominais apresentaram índice acima do preconizado pela OMS. A valorização dos dados pelos enfermeiros é de extrema importância para o adequado direcionamento da assistência de enfermagem prestada.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, saúde da mulher, enfermagem obstétrica, cuidado pré-natal.

Abstract

Characteristics of women admitted to labour in Public Maternity in Fortaleza: implications to nursing assistance

A cross-sectional study was carried out to investigate the socio-demographic and obstetric profile of women admitted in labour in a Public Hospital in Fortaleza, Brazil. It was collected information on 200 women. 27% were less than 20 years old, 65,5% had less than 8 years of study, 38,7% were precipitous and 21,6% have had an abortion. 91,5% received pre-natal care with a mean of 4,8 consultations (sd = 2,0). During pregnancy, 99% had VDRL, 96,5% ABO – Rh and 92,5% the Anti-HIV testing. Other exams varied from 69,5% to 82,5%. 40% had caesarean section and 49, 5% vaginal birth. Despite the high

Artigo recebido em 19 de abril de 2007; aceito em 15 de setembro de 2007.
Endereço para correspondência: Lucilia Maria Nunes Falcão, Faculdade Integrada da Grande Fortaleza, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Av. Porto Velho, 401, Bairro João XXIII, 60510-040 Fortaleza CE, Tel: (85)3299-9900 ext 11, E-mail: lucilia@fgf.edu.br

coverage, 7,5% of women still gave birth without anti-HIV testing. Abdominal births have presented prevalence higher above ideal figures suggested by the World Health Organization (WHO). Socio-demographic and obstetric indicators should be used by nurses to understand the context of living of their clients to adequately direct the nursing assistance given.

Key-words: nursing care, women's health, obstetrical nursing, prenatal care.

Resumen

Caracterización de las mujeres admitidas para el parto en la maternidad pública de Fortaleza: implicaciones para la asistencia de enfermería

Este estudio buscó identificar el perfil sociodemográfico y obstétrico de las parturientas de un Hospital Público de Fortaleza, Brasil. Es un estudio descriptivo transversal con informaciones a través de formulario. 200 mujeres participaron de la encuesta. De estas, 27% tenían menos de 20 años. 65,5% frecuentaron la escuela hasta 8 años; 38,7% eran primíparas y 21,6% ya habían hecho aborto. 91,5% de las mujeres hicieron prenatal, una media de consultas de 4,8; dp = 2,0. Durante el prenatal, 99% realizaron el VDRL, 96,5% el Grupo ABO y Rh y 92,5 VIH. Los otros análisis tuvieron una variación de 69,5% y 82,5%. 40% tuvieron parto abdominal y 49,5% vaginal. Mismo con tasa muy alta del teste VIH 7,5% tuvieron hijos sin la realización del mismo. Los partos abdominales presentaron índice mayor de lo fijado por la OMS. La valoración de los datos por los enfermeros es muy importante para una adecuada asistencia al enfermo.

Palabras-clave: atención de enfermería, salud de la mujer, enfermería obstétrica, atención prenatal.

Introdução

Desde 2004, o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde a Mulher – PNAISM do Ministério da Saúde (MS) tem o compromisso de garantir ações de saúde visando contribuir para efetivação dos direitos humanos das mulheres [1].

O PNAISM é uma reformulação da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo MS desde 1984 [2]. Dentro de seus princípios, os serviços devem enfatizar a melhoria da atenção obstétrica, do planejamento familiar, da atenção ao abortamento inseguro e das ações de combate à violência domestica e sexual, ou seja, um atendimento pautado nos princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS [1,2].

Vislumbrando os objetivos do PNAISM e tomando como base o princípio de que as mulheres são a maioria da população brasileira (mais de 93 milhões) e as principais usuárias do SUS [1], notamos que a atenção gineco-obstétrica do Ceará merece um olhar crítico, pois esse Estado vem apresentando altas taxas de parto cirúrgico (35%) [3], elevado número de gestantes menores de 20 anos, com uma alta proporção (40,4%) de partos e abortos nessa faixa etária [4].

A valorização dos dados pelos profissionais de saúde, aí incluídos os enfermeiros, é de extrema importância na compreensão da realidade vivida por essas mulheres, bem como para um adequado direcionamento da assistência de enfermagem prestada no âmbito hospitalar. Ainda, auxilia os gestores na tomada de decisões de acordo com a realidade que se apresenta.

Partindo desses princípios e procurando entender a realidade obstétrica, no que diz respeito à saúde da mulher no Ceará, buscamos identificar o perfil sócio-demográfico e obstétrico das parturientes que buscam o serviço em um hospital público de Fortaleza – Ceará.

Material e métodos

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo descritivo-transversal. A pesquisa foi realizada em um hospital de nível secundário, pertencente à rede municipal de saúde de Fortaleza - Ceará, que em relação à atenção obstétrica conta com serviços de emergência e internação. A maternidade atendeu a 2780 partos em 2005, representando 6,4% dos partos que ocorreram em Fortaleza [5].

Os dados foram coletados de uma amostra aleatória simples das pacientes obstétricas internadas na maternidade, que é representativo da população como um todo do hospital. Foi utilizado um formulário que contemplava as seguintes variáveis: procedência, grau de escolaridade, idade, antecedentes obstétricos, número de consultas de pré-natal, exames realizados no pré-natal, tipo de parto e idade gestacional.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de janeiro e fevereiro de 2006, sendo que para ser incluída na amostra a parturiente deveria ter parido

na referida instituição e permanecido um mínimo de 12 horas de internação no alojamento conjunto.

O tamanho da amostra foi calculado considerando quatro parâmetros: 1) população de mulheres internadas no hospital, 2) uma prevalência de 70% de pacientes admitidas para parto, 3) uma margem de erro de 3% para mais ou para menos (87% a 93%) e 4) um nível de confiança de 95%. Com base nesses parâmetros, o questionário foi aplicado a 200 puérperas.

Os dados foram analisados através da estatística descritiva utilizando-se o programa Epi – Info 6.3.2 (WHO/CDC) e discutidos com base na literatura pertinente.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integrada do Ceará – FIC, conforme Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, onde foi aprovado.

Resultados

No período analisado, a maioria das gestantes que freqüentaram o serviço era oriunda de Fortaleza (89,4%), sendo que destas, 64,2% residem na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional V – (SER V), na qual encontra-se instalado o hospital do estudo. Em relação à escolha para utilização do serviço, 49,4%, refere ter vindo ao hospital por morar nas proximidades e 39,7% por indicação de familiares ou parto anterior no mesmo local.

Observamos que a maioria das mulheres era jovem, com média de idade de 24,2 anos dp = 6.2 (95%IC 23.3 – 25.1), sendo que 27% tinham menos de 20 anos e 8% mais de 35 anos. Quanto ao estado civil, 86,9% referiram "possuir companheiro" (Tabela I).

Em relação à escolaridade, 65,5% possuíam até 8 anos de estudo, 33,5% de 8 a 11 anos, 1% mais de 11 e 1,5% declararam não terem estudado. (Tabela I).

Tabela I - Caracterização de 200 mulheres admitidas para parto em maternidade pública de Fortaleza – CE, 2006.

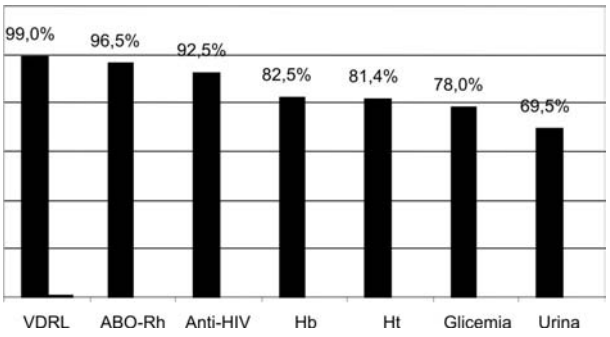
Variável	Freq	%
Procedência		
Fortaleza	179	89,5
Caucaia	18	9,0
Itaitinga	1	0,5
Umirim	2	1,0
Escolaridade		
Não Estudou	3	1,5
Menos de 8 anos	102	51,0
8 anos	26	13,0
Menos de 11 anos	25	12,5
11 anos	42	21,0
Mais de 11 anos	2	1,0
Idade		
< 20	54	27,0
20 – 35	129	65,0
> 35	16	8,0
Possui Companheiro		
Sim	173	86,9
Não	26	13,1
Tipo de Parto		
Cesáreo	80	40,0
Vaginal	99	49.5
Ignorado	21	10,5
Fez Pré-natal		
Sim	182	91,5
Não	17	8,5
Nº de consultas de Pré-natal		
< 6	115	63,2
≥ 6	67	36,8
Idade Gestacional		
≤ 36	7	3,6
37 - 41	183	94,7
> 41	3	1,7

Ao investigarmos a atenção prestada no pré-natal, verificamos que 91,5% das mulheres tiveram essa atenção, sendo que a média do número de consultas foi de 4,8 dp=2,0 (Tabela I). Dentre os exames laboratoriais colhidos durante o pré-natal, o mais prevalente foi o VDRL com 99%, seguido pelo ABO – Rh com 96,5% e Anti-HIV com 92,5%. Os outros exames (glicemia, hematócrito, hemoglobina e urina) variaram entre 69,5% e 82,5% de realizações (Figura 1).

A duração da gestação mostrou índice satisfatório com 94,7% dos partos a termo (37 – 41 semanas), 3,6% pré-termos (< 36) e 1,7% pós-termo (> 41 semanas). Das entrevistadas, 40% tiveram parto abdominal e 49,5% vaginal.

Os antecedentes obstétricos mostraram que 38,7% eram primíparas, 23,1% estavam na segunda gestação e 18,1% na terceira. Verificamos que 21,6% referem algum tipo de aborto. Constatamos que 39,2% tiveram de 1 a 2 filhos, 8% de 3 a 4 filhos e 7,5% tiveram 5 ou mais filhos.

Figura 1 - Percentual de exames realizados durante o pré-natal de 200 mulheres admitidas para parto em maternidade pública de Fortaleza, CE, 2006.



Discussão

A assistência obstétrica no Ceará vem ganhando novos paradigmas principalmente após a atuação do PNAISM unido à Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, instituída pelo Ministério da Saúde. A partir de então, evidenciou-se a sensibilidade governamental em perceber a importância da inclusão de uma dimensão essencial à vida humana no atendimento à saúde, a relação humanitária permeando as práticas profissionais e as relações interpessoais [6].

O exercício profissional no âmbito da saúde reprodutiva feminina visa à totalidade do ser humano e acrescenta à práxis os valores e atitudes que sensibilizam para o cuidado, conferindo uma abrangência que ultrapassa os limites do fazer técnico profissional.

Essa mudança de atitude no ambiente hospitalar já começa a dar resultados, pois 39,7% das entrevistadas referiram que procuraram o hospital por indicações de familiares ou parto anterior no local, apresentando indícios de uma boa aceitação dos serviços prestados pela instituição.

A maioria da clientela (89,4%) que procurou o serviço para assistência ao parto era oriunda de Fortaleza e destas 64,2% eram residentes nos bairros da Secretaria Executiva Regional V - (SER - V). Falcão *et al.* [7] faz referência à população atendida em 2005 no mesmo hospital, afirmando que 88,5%, é proveniente de Fortaleza e destes, 77,8% são residentes da SER-V, mostrando que existe uma clara delimitação da área de abrangência geográfica de atuação do hospital.

No tocante ao perfil das mulheres pesquisadas, encontramos usuárias jovens, com média de idade de 24,2 anos dp = 6.2 (95%IC 23,3 - 25,1). Resultado semelhante foi observado em estudo realizado na cidade de São Paulo, que detectou uma média de 22,9 anos de mulheres admitidas para parto em uma maternidade [8].

Dentre as usuárias jovens pesquisadas em Fortaleza, constatamos que quase um terço (27%) estavam na faixa etária de 13 a 20 anos. Para Koiffman e Bonadio [8] esse índice reflete uma alta taxa de gravidez na adolescência. Recente estudo na cidade de Pelotas – RS detectou um percentual de 33% de gravidez na adolescência [9], fato também encontrado por Cunha *et al.* [10] em Rio Branco – AC. Segundo Freitas *et al.* [11], a gravidez na adolescência é considerada no Brasil um caso de saúde pública com graves conseqüências para a saúde materno-infantil, enfatizado também por Luchesi *et al.* [12] que diz: "a gestação precoce é um potencial de risco para nascimentos de recém-nascidos baixo peso e prematuros".

Quanto ao estado civil, 86,9% referiram "possuir companheiro". A mesma prevalência foi também encontrada no município do Rio de Janeiro, que apresentou 82,3% das mulheres casadas, o que sugere um suporte familiar durante a gestação [13].

Fazendo referência ao grau de instrução das puérperas, encontramos um alto percentual de mulheres com oito anos ou menos de estudo (65,5%). De forma similar, em Pernambuco um índice de 55,1% foi detectado [14]. Fato que preocupa, porquanto se presume que o nível de consciência social desenvolve-se a partir de certo número de anos de estudo; em geral a partir do ensino médio [3]. Em um estudo que visou identificar determinantes de baixo peso ao nascer, pôde-se observar que a maior prevalência de recém-nascidos de baixo peso acontece em filhos de mães com ensino fundamental incompleto, verificando freqüências menores com o aumento do grau de instrução materna [15].

Ao investigar o serviço de pré-natal, encontramos um índice significativo (91,5%) de mulheres que o realizaram. Em estudo realizado em Rio Branco – AC a freqüência de realização desse exame foi mencionada por 91% das mulheres investigadas, enquanto que apenas 6% não o fizeram [10]. Esse dado é satisfatório quando se observa que a assistência durante o pré-natal é fator predominante na prevenção e no tratamento de enfermidades que põem em risco o bem-estar materno e fetal, proporcionando uma redução nas taxas de morbimortalidade materna, fetal e neonatal [16]. No entanto, apesar dessa alta cobertura, apenas 36,8% das puérperas compareceram a seis ou mais consultas

de pré-natal. Um dos quesitos que o MS usa para avaliar a qualidade do pré-natal é o número de consultas: ele preconiza a realização de no mínimo seis, sendo preferencialmente uma consulta no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo, e três no terceiro trimestre de gestação [17].

Quanto aos exames laboratoriais realizados durante o pré-natal, o Manual Técnico "Pré-natal e Puerpério" [17] recomenda que: ABO-Rh e Hb/Ht sejam solicitados na primeira consulta, VDRL, Urina I, Glicemia e Anti-HIV na primeira consulta e repetidos na trigésima semana, sendo que o último possa ser repetido sempre que possível, além de sorologia para hepatite e toxoplasmose [17,18].

Os resultados mostraram que o exame mais prevalente foi o VDRL com 99% mostrando uma excelente abrangência da monitorização da sífilis congênita em Fortaleza, onde há uma cobertura maior do que em cidades como São Paulo que apresentou um índice de 87,9% [8].

O ABO-Rh utilizado para detectar possíveis casos de eritroblastose fetal apareceu com 96,5%, a glicemia em jejum 78,0%, o Hb/Ht 81,9% e a urina I 69,5%, valores semelhantes aos encontrados por Koiffman e Bonadio [8], que encontraram 86,0% de realização do ABO-Rh, 83,6% da glicemia, 81,4% do Hb/Ht e 84,9% de realização do exame de urina I.

O Anti-HIV teve uma prevalência de 92,5%, algo significante se considerarmos que a cobertura da testagem sorológica para HIV em gestantes no Brasil ainda é baixa, visto que se constitui uma das principais barreiras para a redução da transmissão vertical do vírus [16].

Apesar da alta cobertura encontrada na clientela da maternidade estudada, 7,5% das mulheres pariram sem a realização do teste Anti-HIV. Estudo de Morimura [19] detectou percentual semelhante [6%] de mulheres que não realizaram o teste antes do parto. A partir dos dados, vemos que as ações que auxiliam na profilaxia da transmissão vertical do HIV ainda estão aquém do recomendado. A meta do Ministério da Saúde para 2007 é reduzir a quase zero a infecção do HIV em recém-nascidos, tendo em vista a repercussão que pode causar para a saúde do filho bem como para a saúde pública [19].

Em se tratando da duração da gestação, 94,7% dos partos ocorreram entre a 37ª e 41ª semana de gestação, algo semelhante ao registrado em Belo Horizonte (94,2%) [20].

Os procedimentos cirúrgicos (parto abdominal) realizados apareceram com um elevado índice de 40%, algo inaceitável se considerarmos o padrão definido pela Organização Mundial da Saúde – OMS que é de 15% [12]. Em Fortaleza, ao longo do período de 1995 a 2000, manteve-se uma proporção de 35% de partos cirúrgicos [3]. O Brasil destaca-se como o primeiro lugar mundial na realização de cesáreas com 36% [21].

Como o local de estudo não se trata de hospital de referencia para gravidez de alto risco, fatores ligados à decisão materna e dos profissionais de saúde sobre horário e dia conveniente para o atendimento ao parto, talvez expliquem melhor a alta cifra de partos abdominais [13].

No tocante aos antecedentes obstétricos, a pesquisa mostrou que 37,8% da clientela eram primíparas. No Rio Branco – AC, esse percentual foi de 27,7% [10]. O número médio de filhos foi de 1,27 (dp = 1,71), abaixo do encontrado em Pelotas – RS que foi de 2,4 [9].

Das 200 puérperas estudadas, 21,6% já haviam sofrido aborto anterior. Há 8 anos, na cidade de Fortaleza, foi encontrada uma prevalência de 15,05% de mulheres internadas por motivo de aborto [22]. Verificamos assim, um aumento significativo de registros de perdas fetais.

O planejamento e desejo da gestação é um preditor importante para diminuição desse índice, assim vemos que o Planejamento Familiar, garantido pela Constituição Federal está muito aquém de sua efetivação, haja vista que deve ser tratado dentro dos direitos reprodutivos, tendo, portanto como principal objetivo garantir as mulheres e aos homens o direito básico e consciente de ter ou não filhos [2].

Conclusão

Neste estudo, encontramos uma população majoritariamente adulta jovem, com quase um terço de gestantes com menos de 20 anos e primíparas, além de baixo grau de escolaridade. O exame pré-natal foi referido pela maioria das entrevistadas, mas sem um número de consultas recomendado. Entretanto, os exames VDRL, ABO-Rh e Anti-HIV atingiram índices de realização satisfatório. A maioria dos nascimentos foi proveniente de gestação a termo. O parto abdominal foi realizado em 40% das parturientes e 21,6% da puérperas pesquisadas já haviam sofrido aborto.

Ao verificarmos o perfil dessa clientela, as implicações para a assistência de enfermagem surgem sob diversos ângulos: No âmbito hospitalar,

o oferecimento de medidas de conforto, ambiente adequado, técnicas de relaxamento e apoio psicológico às parturientes e familiares no andamento do trabalho de parto produzirá parturientes mais calmas e tranqüilas. Com isso, algumas cesarianas podem ser evitadas.

Além disso, a estadia hospitalar pode ser empregada para trabalhar o tema da saúde reprodutiva, discutindo de maneira efetiva o Planejamento Familiar, tornando-o de fácil compreensão, envolvendo o companheiro e oferecendo mais educação em saúde e acesso aos métodos contraceptivos existentes. Além disso, são urgentes a maior atenção e desenvolvimento de programas especiais para adolescentes que englobem sexualidade, saúde reprodutiva e gênero [9].

Na atenção primária, faz-se necessário realizar investimentos na melhoria da qualidade do pré-natal, tais como o recrutamento precoce de grávidas e a garantia do acesso das mulheres às consultas de revisão de parto. Neste cenário, o enfermeiro atua junto à comunidade, identificando estratégias, orientando e estimulando a participação nos programas de atenção à saúde da mulher.

Em suma, o conhecimento do perfil das mulheres atendidas para atenção obstétrica permite verificar que ações de enfermagem podem ser desenvolvidas tanto no âmbito hospitalar como na atenção primária de maneira a promover uma atenção obstétrica de qualidade levando em consideração as necessidades da população.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres de colo do útero e da mama. (Cadernos de Atenção Básica; n.13) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília (DF): MS; 2006. 132p.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 40). Brasília: MS; 2002. 150p.
3. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Análise de Nascidos Vivos – SINASC. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza; 2001. 33p.
4. Secretaria da Saúde do Ceará. Indicadores e dados básicos para a saúde no Ceará, 2002. Fortaleza: SESA; 2004;2:77p.
5. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. SINASC – Fortaleza. [citado 2006 Jul 11]. Disponível em: URL: http://tabnet.sms.fortaleza.ce.gov.br/scripts/ tabcgl.exe?nascido.def
6. Angnes DI. Humanizasaúde: diferencial do atendimento na saúde. Boletim de saúde. Porto Alegre 2004;18(2):9-15.
7. Falcão LMN, Silva JGS, Carvalho AL. Definindo a área de abrangência: Experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP); 2006; p.131-2.
8. Koffman MD, Bonadio IC. Assessment of the process of prenatal care in a philanthropic healthcare institution in the city of São Paulo. Rev Bras Saude Mater Infant 2005;5(1)23-32.
9. Olinto MTA, Galvão LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. Rev Saúde Pública 1999;33(1): 64-72.
10. Cunha MA, Maia MRS, Gomes MSR et al. Profile of post delivery assisted at a maternity state of Rio Branco – Acre – Brazil. Online Brazilian Journal of Nursing; 2002 [citado 2007 Jan 10]; 1(1). Disponível em: URL: www.uff.br/nepae/objn101cunhaetal.htm
11. Freitas ASF, Loureiro A M O, Borges JWP et al. Programa de Saúde da Família: gravidez na adolescência em Fortaleza. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP); 2005. p.74.
12. Luchesi LB, Zambrano E, Barizon JB, et al. Caracterização do Atendimento a mulheres em uma maternidade Araraquarense. Rev Enfermagem UERJ 2004;12(1):49-53.
13. Leal MC, Gama SGN, Campos MR et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. Cad Saúde Pública 2004; 20(supl.1):S20-S33.
14. Vidal S A, Arruda BKG, Vanderlei LC et al. Avaliação da série histórica dos nascidos vivos em unidade terciária de Pernambuco: 1991 a 2000. Rev Assoc Med Bras 2005;51(1):17-22.
15. Guimarães EAA, Velásquez-Meléndez G. Low birth weight determinants from the born alive national surveillance system in Itaúna, Minas Gerais. Rev Bras Saude Mater Infant 2002;2(3):283-290.
16. Paula ALB, Martildes MLR, Timbó MJ. O trabalho comunitário na prevenção das DST/AIDS – uma possibilidade de melhoria de indicadores de saúde em gestantes e neonatos no município de Eusébio – CE. Sustentação 2005;1(1)10-15.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. (Série A – Normas e manuais técnicos) – (série direitos sexuais e direitos reprodutivos – caderno nº 5). Brasília: MS; 2005, 163p.
18. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. Janine Shirmer et al. Assistência pré-natal: manual técnico/equipe de elaboração. Brasília: MS; 2000;3 1-66.
19. Morimura MCR, Mendes MDC, Souza AIA et al. HIV testing prevalence during antenatal care in women admitted for delivery at the Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, IMIP. Rev Bras Saude Mater Infant 2006;6(1)69-76.
20. Rodrigues CS, Magalhães JHM, Evangelista PA et al. Perfil dos nascidos vivos no Município de Belo Horizonte, 1992-1994. Cad Saúde Pública 1997;13(1):53-57.
21. D'Orsi E, Carvalho MS. Perfil de nascimentos no Município do Rio de Janeiro: uma análise espacial. Cad Saúde Pública 1998;14(2):367-379.
22. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Boletim de Saúde de Fortaleza: Perfil epidemiológico das internações em hospitais conveniados – 1997. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza;1998:2(2)1-55.

Artigo original

Tipagem sangüínea na população de São Mateus: uma questão de saúde pública

Valdenir José Belinelo, D.Sc., Adriana Nunes Moraes, M.Sc.**, Mônica Irani de Gouvêia, M.Sc.***, Suzana Antonio****, Raphael Castiglioni Nascimento****, Ivana Perini Casteluber*****

**Professor de Bioquímica, Farmacêutico Bioquímico, CEUNES, UFES, **Professora de Enfermagem, Enfermeira, CEUNES, UFES, **Professora de Análises Clínicas, Farmacêutica Bioquímica, Faculdade de Minas, FAMINAS, Muriaé, MG, ****Graduando em Enfermagem. CEUNES, UFES, *****Graduando em Farmácia CEUNES, UFES*

Resumo

O presente estudo foi realizado na Associação de Moradores de Nova Esperança da cidade de São Mateus, ES, Brasil, e teve o objetivo de efetuar a tipagem sangüínea, explicar sobre a importância de conhecer seu grupo sangüíneo e analisar os dados levantados dos 500 estudantes e 60 funcionários. A análise estatística dos dados mostrou que 58% dos pesquisados apresentam sangue tipo O, 27% tipo A, 12% tipo B e 3% tipo AB, enquanto as médias mundiais são iguais a 47%, 41%, 9% e 3%, respectivamente. As diferenças entre os percentuais dos tipos sangüíneos O e A, em nível local e mundial, podem estar relacionadas com a grande miscigenação entre africanos, europeus e índios que ocorreu nos 463 anos desde a chegada dos Portugueses em São Mateus.

Palavras-chave: tipagem sanguínea, sistema do grupo sanguíneo ABO, sangue, imunologia.

Abstract

Blood grouping of the population of São Mateus: a question of public health

The present study was carried out the Association of Residents of Nova Esperança of São Mateus city, ES, Brazil, and aimed at determining blood type, to explain the importance to know the specific type of blood group and to analyze data of 500 students and 60 employees. The statistical analysis of data showed that 58% had blood type O, 27% type A, 12% type B and 3% type AB, while the world averages are 47%, 41%, 9% and 3% respectively. The differences between the percentages of blood types O and A, at local and world levels, can be related with the great miscegenation among Africans, Europeans and Indians that has taken place during 463 years since the Portuguese arrival in São Mateus.

Key-words: blood grouping, ABO blood-group system, blood, immunology.

Artigo recebido em 06 de agosto de 2007; aceito em 10 de outubro de 2007.
Endereço para correspondência: Valdenir José Belinelo, Rua Elias Jogaib, 184/201, Centro 29930-220 São Mateus ES, Tel: (27)3767 4180, E-mail: belinelo@pesquisador.cnpq.br

Resumen

Tipificación sanguínea en la población de São Mateus: una cuestión de la salud pública

Este estudio fue realizado en la Asociación de Moradores Nova Esperança de la ciudad de São Mateus, ES, Brasil, y tuvo como objetivo efectuar la tipificación sanguínea, explicar la importancia de conocer el grupo sanguíneo y analizar los datos levantados de los 500 estudiantes y de 60 empleados. El análisis estadístico de los datos mostró que 58% de los sujetos investigados tienen sangre tipo O, 27% tipo A, 12% tipo B y 3% tipo AB, mientras que los promedios del mundo son igual al 47%, 41%, 9% y 3% respectivamente. Las diferencias entre los porcentajes de los tipos sanguíneos O y A, a nivel local y mundial, pueden estar relacionadas con el gran mestizaje entre africanos, europeos e indios que ocurrió en los 463 anos desde la llegada de los Portugueses a São Mateus.

Palabras-clave: tipificación sanguínea, grupo sanguíneo del sistema ABO, sangre, inmunología.

Introdução

O Centro Universitário Norte do Espírito Santo, CEUNES, campi da Universidade Federal do Espírito Santo, possui nove cursos, dos quais os de graduação em Enfermagem e Farmácia iniciaram suas atividades em agosto de 2006, por meio do projeto de interiorização do ensino superior do MEC. O CEUNES está localizado na cidade de São Mateus, que apresenta 102 mil habitantes, está localizada na rodovia BR-101 e é um pólo regional do Estado do Espírito Santo.

Em São Mateus, cerca de 70% da população não conhece seu tipo sangüíneo conforme pesquisa realizada na 3ª Feira dos Municípios do Norte do Espírito Santo, em setembro de 2006. O presente trabalho objetivou efetuar a tipagem sangüínea dos 500 alunos e 60 funcionários da Associação dos Moradores Nova Esperança, entidade filantrópica fundada em 1972 e que gerencia todas as creches do Município de São Mateus, em parceria com a Prefeitura Municipal.

Em 1900, o imunoquímico austríaco Karl Landsteiner (1868-1943) observou que as células vermelhas do sangue (eritrócitos) de alguns indivíduos eram aglutinadas pelo soro de outros. Em relato detalhado dessa constatação, feito um ano mais tarde, ele comunicaria a descoberta dos primeiro grupos sanguíneos humanos – o sistema ABO. A transfusão de um tipo ABO incorreto pode resultar na morte do paciente, com uma reação hemolítica intravascular, seguida de alterações imunológicas e bioquímicas [1]. Além da descoberta do sistema ABO, Landsteiner foi responsável também, juntamente com o imunopatologista norte-americano Alexander Solomon Wiener (1907-1976) de outro importante grupo sangüíneo humano, o fator Rh. Sua identificação veio explicar a origem de uma doença grave, a eritroblastose fetal, que pode ocasionar a morte de recém-nascidos ou de fetos durante a gestação. A descoberta desses dois sistemas está entre as maiores contribuições que a imunologia já deu à medicina [2-4].

A partir desses conhecimentos, os sistemas de saúde de todos os países passaram a se articular no intuito de conscientizar as pessoas quanto ao ato de ser um doador voluntário de sangue e de medula óssea, sendo instituído 25 de novembro o dia do doador voluntário de sangue [3,4].

Materiais e métodos

O objeto deste estudo foi de (a) efetuar a tipagem sangüínea de 560 clientes da ONG (organização não-governamental), (b) orientar sobre a importância de se conhecer o tipo sangüíneo e (c) correlacionar estatisticamente os dados coletados com fatores demográficos, visto que a região de São Mateus em seus 463 anos recebeu pessoas oriundas da Europa, África, além dos povos indígenas existentes e hoje apresenta uma população de 102 mil habitantes sendo 70% de mestiços [5].

Para a realização deste estudo foi solicitada a devida autorização da Associação dos moradores de Nova Esperança, onde os clientes deste estudo estudavam ou trabalhavam, mediante a apresentação de um anteprojeto de estudo, e de acordo com a resolução 196/96 do CNS [6]. Além disso, foi apresentado aos clientes**,** um termo de consentimento livre e esclarecido, a fim de orientá-los quanto aos objetivos do estudo, resguardando sua identidade quando da apresentação de suas falas conforme a resolução supracitada.

Foram estruturadas seis duplas de acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Farmácia que aplicaram

o questionário relativo ao tipo sangüíneo por sexo, idade, raça e cor, além dos dados relativos aos pais e irmãos.

O estudo foi realizado durante o mês de novembro de 2006, cujas duplas de acadêmicos realizaram os testes de tipagem sangüínea na respectiva Associação.

Foram usados reagentes anti-A e anti-B comercializados no mercado, preparados a partir de anticorpos monoclonais de origem murina, enquanto o reagente anti-D utilizado foi preparado a partir de anticorpos monoclonais de origem humana cujos diluentes contém cloreto de sódio, albumina bovina, tampão fosfato e azida de sódio a 0,1%. Os corantes são para o reagente anti-A, azul brilhante e para o anti-B, amarelo de tartrazina. Cada gota dos reagentes equivale a 50 microlitros [7-11].

Cada teste foi realizado por meio da coleta de sangue após perfurar a polpa digital do dedo médio do cliente com uma lanceta, e colocadas 3 gotas em duas lâminas distintas. Sob cada gota de sangue foi adicionada uma gota do reagente, respectivamente aglutininas anti-A, Anti-B e anti-D. O reagente foi misturado com o sangue e examinou-se a ocorrência ou não de aglutinação macroscópica, que está relacionada com a presença de antígenos nos eritrócitos. Essa técnica é chamada de classificação sangüínea ou tipagem sangüínea direta [2,4,9].

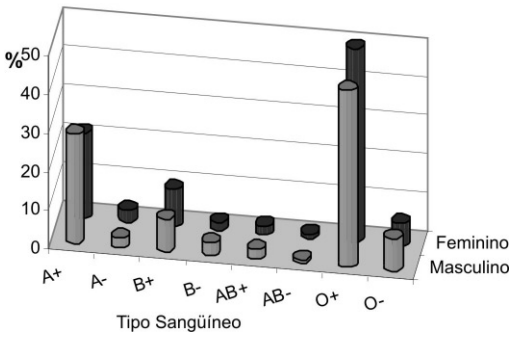
Os exames foram realizados com uso dos equipamentos de proteção individual exigidos na manipulação de sangue, para eliminar os riscos ocupacionais de contaminações [12-13]. Todos os procedimentos foram supervisionados por enfermeiro e farmacêutico e a emissão dos resultados foi realizada em formulário próprio, criado pelo CEUNES-UFES.

Os dados levantados foram estatisticamente analisados, correlacionando diversos parâmetros coletados junto aos clientes.

Resultados e discussão

Os resultados da tipagem sangüínea foram tabulados e permitiram construir os gráficos das Figuras 1 a 5. Na Figura 1, observa-se que o maior índice de tipo sangüíneo, tanto entre estudantes do sexo masculino quanto feminino, é do tipo O positivo, seguido do tipo A positivo, porém há um percentual maior de meninas com sangue do tipo O do que de meninos. O sangue tipo AB positivo ou negativo é uma raridade, menos de 3%. O percentual de portadores de sangue tipo O negativo, doador universal é respectivamente 8 e 6% para os sexos masculino e feminino.

Figura 1 - Perfil sangüíneo dos estudantes por sexo.



O percentual maior dos estudantes do sexo masculino, conforme Figura 2, é de mestiços, porém em todas as raças prevalecem os tipos sangüíneos dos tipos A e O positivos.

Figura 2 - Perfil sangüíneo dos estudantes do sexo masculino por raça.

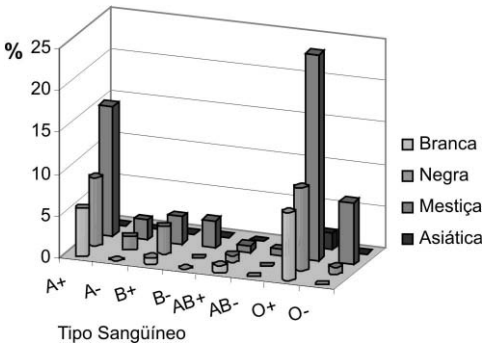
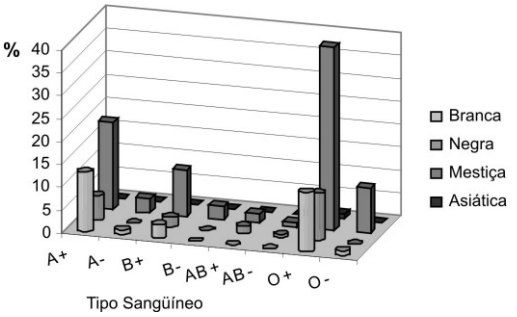
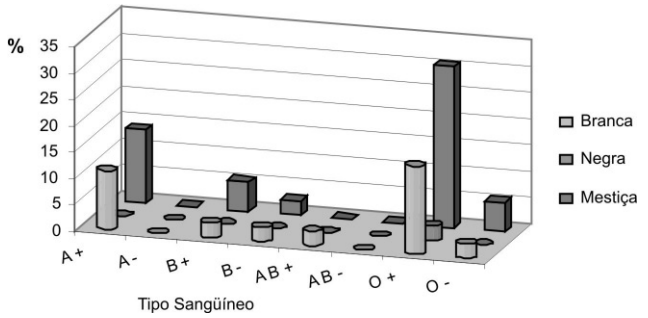


Figura 3 - Perfil sangüíneo dos estudantes do sexo feminino por raça.



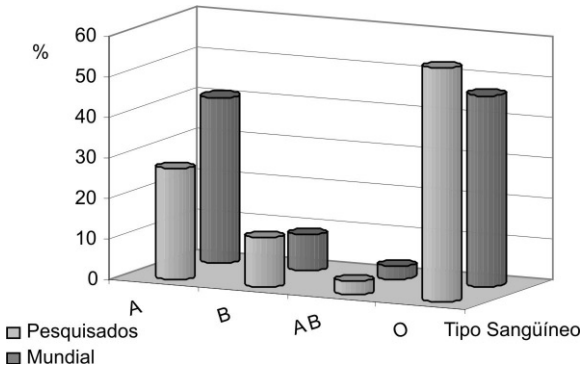
A correlação entre as Figuras 2, 3 e 4 mostra que a raça mestiça predomina e apresenta percentuais significativos de sangues dos tipos A, B e O positivo além do O negativo.

Figura 4 - Perfil sangüíneo dos funcionários por raça.



Um levantamento feito estatisticamente a nível internacional [8] mostrou que a distribuição dos tipos sangüíneos é 47% de sangue do tipo O, 41% do tipo A, 9% do tipo B e 3% do tipo AB. Já a análise das Figuras 1 a 4 da população amostrada apresenta o seguinte percentual: 58% de sangue tipo O, 27% tipo A, 12% tipo B e 3% tipo AB. O que se observa é que embora os tipos sangüíneos A e O prevaleçam também nos mestiços, o percentual do tipo O é o dobro do tipo A. Isto pode ser explicado pela miscigenação entre africanos, europeus e índios que ocorreu nos 463 anos desde a chegada dos colonizadores portugueses em caravelas adentrando o rio Cricaré, cujo porto deu origem a vila de São Mateus.

Figura 5 - Correlação entre o perfil sangüíneo da pesquisa e da população mundial.



Conclusão

Este trabalho de educação e difusão dos conhecimentos através da extensão com a comunidade externa à universidade altera o comportamento das pessoas, pois além do trabalho específico, surgem outras argüições que levam os acadêmicos a se aprimorarem para respondê-las e buscar soluções a problemas de saúde da sociedade [14].

O projeto de determinação do perfil sangüíneo dos estudantes e funcionários da Associação de Moradores de Nova Esperança despertou grande interesse nos alunos uma vez que proporcionou o contato direto com a população, melhorando a inter-relação profissional-comunidade e possibilitou transmitir os conhecimentos adquiridos em sala de aula.

A análise estatística da tipagem sangüínea mostra que o tipo sangüíneo predominante na população da Associação de Moradores de Nova Esperança é do tipo O com 58%, seguido do tipo A, 27% , tipo B, 12% e tipo AB, 3%.

Agradecimentos

A PROEX-UFES, CEUNES-IFES, SMS de São Mateus e Estudantes e Funcionários da Associação de Moradores de Nova Esperança.

Referências

1. Carvalho RB. Há 100 anos Landsteiner descobria o sistema ABO. Ciência Hoje 2000;27(162):86-88.
2. Girello AL, Kühn T. Fundamentos da imuno-hematologia eritrocitária. São Paulo: Senac; 2002.
3. Gambero S, Secco VNDP, Ferreira RR, Deffune E, Machado PEA. Freqüência de hemolisinas anti-A e anti-B em doadores de sangue do Hemocentro de Botucatu. Rev Bras Hematol Hemoter 2004;26(1):28-34.
4. Verastro T, Lorenzi, TF, Wendel Neto S. Hematologia e hemoterapia: fundamentos de morfologia, fisiologia e patologia. São Paulo: Atheneu; 2005. 303 p.
5. Brasil. Prefeitura Municipal de São Mateus. [citado 2007 Set 09]. Disponível em: URL: http://www.saomateus.es.gov.br/
6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 1996.
7. Hoffbrand AV, Petit JE. Atlas colorido de hematologia clínica. 3a ed. São Paulo: Manole; 2001. 346 p.
8. Carr JH. Atlas de hematologia clínica. São Paulo: Santos; 2000.
9. Carvalho WF. Técnicas médicas de hematologia e imuno-hematologia. 7a ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2002. 342 p.
10. Walker Rh, ed. Technical manual. 11a ed. Bethesda : AABB; 1993.
11. Race RR, Sanger R. Blood groups in man. 6a ed. Oxford: Blackwell; 1975.
12. Chin LC, Silva LA, Pereira RCS, Santos RB. Equipamentos de proteção individual - um estudo com os profissionais de saúde. Enfermagem Brasil 2006;5(2):73-85.
13. Messias CM, Neves CLR. Risco ocupacional de contaminação pelo HIV no cotidiano de técnicos de enfermagem em uma Maternidade de Emergência do Rio de Janeiro. Enfermagem Brasil 2005;4(4):219-22.
14. Souto ML, Mota MPP, Balbeck KC, Santos LCR. Motivos (des)considerados por alunos dos Cursos de Graduação e Especialização em Enfermagem quanto a escolha profissional. Enfermagem Brasil 2006;5(3):133-9.

Enfermagem Brasil
Setembro / Outubro 2007;6(5)

Artigo original

Prevalência de clientes com doenças cardíacas no Setor de Emergência

Deyse Conceição Santoro Batista, D.Sc.*, Andrea Gonçalves**, Charles de Oliveira Batista***

**Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAN/UFRJ, ** Enfermeira do Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, Especialista em Enfermagem Cardiovascular, ***Acadêmico do Curso de Enfermagem da UNISUAM*

Resumo

Considerando a doença cardiovascular a segunda causa de morte no Brasil, tornam-se relevantes estudos que venham melhor estruturar nossos serviços de atendimento a população e, em especial, a assistência de enfermagem. Desta forma, o estudo teve como objetivo determinar a prevalência de clientes no setor de emergência de um Hospital Municipal do Rio de Janeiro com problemas cardíacos e estabelecer uma correlação com os fatores de risco pré-existentes. Trata-se de um estudo quantitativo, utilizando a análise documental dos prontuários, dos quais contabilizamos a freqüência com que estes problemas apareceram dentro do total dos atendimentos, durante o período de 01 de junho a 30 de junho de 2004, sendo estes apresentados em forma de tabelas e gráficos. Concluímos que houve uma maior prevalência de parada cardiorrespiratória, seja ela decorrente de uma história pregressa ou não de cardiopatia; e que o infarto agudo do miocárdio, correspondeu apenas a 2,8 % do total dos atendimentos no período estudado, tendo como fatores de risco mais prevalentes a hipertensão arterial e diabetes.

Palavras-chave: serviços médicos de emergência, doenças cardiovascular, fatores de risco.

Abstract

Prevalence of patients with cardiovascular disease in a Hospital Emergency Sector

Considering the cardiovascular disease the second cause of death in Brazil, studies related to organization of Patients Care Services, specially, the nursing assistance are relevant. The aim of this study is to determine the prevalence of clients in the Emergency Sector of Municipal Hospital of Rio de Janeiro with cardiac problems and to establish a correlation with the preexisting risk factors. It is a quantitative study, using the documentary analysis of medical records, from which we determined rate of occurrence of problems on total Emergency attendance, from June 1 to June 30, 2004, presented by tables and graphs. We conclude that there was a high prevalence of cardiac respiratory failure, either with previous history of cardiopathy or not; and acute myocardial infarction only 2,8 % of total attendances during the studied period, and the most prevalent risk factors were arterial hypertension and diabetes.

Key-words: emergency medical services, cardiovascular diseases, risk factors.

Artigo recebido em 5 de fevereiro de 2007; aceito em 14 de outubro de 2007.
Endereço para correspondência: Rua Antonio Braune, 256, Vila da Penha 21210-030 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 3381-1036.

Resumen

Prevalencia de clientes con enfermedad cardiaca en la unidad de urgencia

Considerando la enfermedad cardiaca la segunda causa de muerte en Brasil, estudios relacionados a la organización de los servicios de atención a la población y, principalmente, a la asistencia de enfermería son muy importantes. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de clientes en la unidad de emergencia de un hospital municipal de Río de Janeiro con problemas cardiacos y para establecer una correlación con factores de riesgo preexistentes. Se trata de un estudio cuantitativo, utilizando el análisis documental de los prontuarios, de los cuales incorporamos la frecuencia con que estos problemas ocurrieron en el total de pacientes atendidos, durante el período de 01 de Junio a 30 de Junio de 2004, presentados en tablas y gráficos. Concluimos que hubo una prevalencia de paro cardio-respiratorio, decurrente tanto de una historia anterior o no de cardiopatía; y que el infarto agudo de miocardio, correspondió solamente al 2.8 % del total de personas atendidas en el período estudiado, teniendo como factores de riesgo más frecuentes hipertensión arterial y la diabetes.

Palabras-clave: servicios médicos de urgencia, enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo.

Introdução

Estudos de doenças cardiovasculares no Brasil têm evoluído muito nos últimos anos, principalmente quanto ao diagnóstico e tratamento, já que esses grupos de doenças crônicas são responsáveis pela primeira causa de mortalidade em nosso país em diferentes faixas etárias, chegando a ultrapassar as doenças infecciosas e parasitárias (243%) e neoplasias malignas (208%) nas estatísticas de mortalidade. Em 2000, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por cerca de 40% de óbitos nas regiões Sul e Sudeste [1].

A doença cardiovascular afeta indivíduos de todas as raças, mas a sua incidência é extremamente elevada entre os indivíduos da raça negra. No entanto, a raça não parece ser um fator tão importante quanto o estilo de vida. Especificamente, uma dieta rica em gordura, o tabagismo e o sedentarismo aumentam o risco de doença arterial coronariana. A doença cardiovascular é a principal causa de morte nos Estados Unidos para homens e mulheres de todos os grupos raciais e étnicos, e mais mulheres morrem de doença cardiovascular que de todos os tipos de câncer combinados [2].

No Brasil, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, 25% dos óbitos masculinos e 31,3% dos femininos foram por doenças do aparelho cardiovascular. Entre os óbitos cardiovasculares, 32,6% foram por doença cerebrovascular e 29,5% por doença isquêmica do coração [3].

Apesar desses dados, ainda há uma falsa percepção de que a doença cardiovascular não seria particularmente perigosa para as mulheres, e que ainda persiste o mito de que as doenças cardiovasculares seriam fundamentalmente doenças de homens.

Diferenças entre os sexos na apresentação, prognóstico e tratamento da doença coronariana: no Brasil, em 2000, a taxa de mortalidade por 100.000 habitantes por doença isquêmica do coração, em indivíduos com 30 anos ou mais, foi 164,09 para os homens e 104,97 para as mulheres. Nas mulheres, o início da doença é tipicamente mais tardio; após a menopausa, a incidência da doença aumenta dramaticamente. Em média o risco de uma mulher morrer de doença coronariana equivale àquele de um homem dez anos mais novo. Entretanto, como a longevidade das mulheres é maior, o número absoluto de mortes por doença cardiovascular é semelhante entre homens e mulheres. Aproximadamente dois terços das mulheres que sofrem morte súbita por doença coronariana não apresentam sintomas prévios; já no sexo masculino a proporção é 50%. As mortes por doença coronariana nas mulheres negras são 34% maiores do que nas brancas, enquanto nos homens negros são 5% maiores do que nos brancos [3].

Estatísticas oficiais de mortalidade no país mostram o perfil diferenciado entre os sexos. Os homens representam o maior contingente de vítimas de doença cardíaca em todo o mundo. Já as mulheres brasileiras apresentam elevado risco de morte, muito maior do que em outras localidades, particularmente na faixa entre 45 e 64 anos, ou seja, em plena fase produtiva. Dados epidemiológicos do *Framingham Heart Study*, o maior estudo epidemiológico sobre o assunto, mostram que a Doença Cardiovascular é mais incidente em homens, com morbidade seis vezes maior do que as mulheres, na faixa etária de 35 a 44 anos [2]. Entretanto, após os 45 anos a freqüência no sexo feminino acelera rapidamente e a diferença é reduzida ao fator de um após os 75

anos, com tendência a superar o sexo masculino em idades avançadas. A coronariopatia na mulher é dependente da idade, manifestando-se cerca de 5 a 10 anos mais tardiamente do que no homem.

Mediante a abordagem apresentada formulamos os seguintes objetivos:

- determinar a prevalência de Doenças Cardíacas no quadro total de atendimentos do Serviço de Emergência de um Hospital Municipal do Rio de Janeiro;
- estabelecer uma correlação entre as Doenças Cardíacas prevalentes e os fatores de risco pré-existentes.

Considerando a elevada incidência de doenças cardiovasculares no Brasil, sendo hoje a segunda causa de mortes entre homens e mulheres, e ainda a precária condição sócio-cultural de nossa população que contribui para a perpetuação de fatores de risco que aumentam a probabilidade destas doenças, torna-se relevante o desvio de atenção para estudos que venham melhor estruturar nossos serviços de atendimento a população e, em especial, a assistência de Enfermagem.

Ao evidenciar o perfil dos problemas cardiovasculares e os fatores de risco prevalentes que levam os pacientes ao serviço de emergência, estaremos subsidiando a sistematização da assistência de Enfermagem a partir da demanda de pacientes com Doenças Cardiovasculares.

Este estudo permitirá um mapeamento sobre o perfil da clientela atendida no Serviço de Emergência do Hospital em questão, estabelecendo assim, uma demanda de conhecimento da Equipe de Enfermagem. Através dos resultados obtidos esperamos oferecer subsídios para o aprimoramento assistencial e qualificação da equipe de Enfermagem, garantindo um processo de intervenção educativo, preventivo e curativo diante das Doenças Cardíacas.

Materiais e métodos

Utilizamos o método quantitativo descritivo, pois este permitiu uma análise do universo de pacientes que deram entrada no Setor de Emergência de um Hospital Municipal do Rio de Janeiro, estabelecendo as correlações existentes entre as Doenças Cardíacas e os fatores de risco pré-disponentes.

O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto na coleta das informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc [4,5].

De acordo com o mesmo autor, todo documento constitui uma base de observação documental, sendo esta definida como a observação que tem como objeto não os fenômenos sociais, quando e como se produzem, mas as manifestações que registram estes fenômenos e as idéias elaboradas a partir deles.

Portanto, neste estudo foi utilizada a análise documental dos prontuários, dos quais foram retirados os dados necessários para a elaboração deste projeto.

A consulta aos prontuários foi feita após aprovação da pesquisa em questão pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, e atendeu as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

A amostra deste estudo foi constituída de 639 pacientes que deram entrada pelo setor de Emergência, e destes, 73 pacientes com problemas cardíacos.

O cenário da pesquisa foi o Setor de Emergência de um Hospital Municipal do Rio de Janeiro. O levantamento de dados foi feito no período de 30 dias do mês de junho de 2004.

Os procedimentos para a análise dos dados de modo quantitativo foram baseados no cálculo de freqüências e percentagens que permitiram estabelecer a importância dos elementos analisados [6].

No estudo, inicialmente utilizamos o tratamento estatístico mais simples, que é a quantificação da presença de problemas cardíacos dentro do contingente de pacientes que deram entrada no setor de emergência.

A seguir, contabilizamos a freqüência com que estes problemas cardíacos e os seus fatores de risco associados aparecem dentro do total dos atendimentos durante o período de coleta dos dados, sendo estes demonstrados em forma descritiva e através de tabelas e gráficos.

Resultados e discussão

As transformações demográficas, sociais e econômicas pelas quais passa a sociedade brasileira impactam as condições de vida e saúde da população, ao mesmo tempo em que geram demandas para o sistema de saúde do País, pressionando-o no sentido de adaptar-se ao novo perfil de necessidades.

A incidência de doença cardiovascular no Brasil é bastante alta e preocupante, sendo hoje uma das principais causas de morte entre homens e mulheres, e associado a isto, encontra-se uma situação precária a nível sócio-cultural da população como um todo, contribuindo, portanto para a perpetuação dos fatores de risco que aumentam ainda mais a probabilidade do aparecimento destas doenças.

No estudo em questão foram contabilizados todos os clientes que deram entrada pela Sala de Politrauma, no mês de junho de 2004, no Setor de Emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar, na cidade do Rio de Janeiro, o que totalizou 639 atendimentos. Este total foi agrupado de acordo com o motivo/causa da emergência, originando, portanto, cinco categorias distintas, sendo elas: Cardíaca, Acidentes Automobilísticos, Agressões, Mal Súbito e Outros. Somente os pacientes que pertenciam à Categoria Cardíaca tiveram os seus prontuários analisados.

Vale ressaltar que na Categoria Acidentes Automobilísticos, estão inclusas as situações de colisão entre automotores, atropelamentos e quedas de moto; na Categoria Agressão: armas de fogo, armas brancas e agressões; e Outros refere-se as demais patologias que não tem significância para o estudo em questão, apesar de serem em muitos casos de grande importância clínica.

A Categoria Mal Súbito têm sua relevância, e necessitou de um destaque maior, pois incluí-se nesta, situações como: cetoacidose diabética; abuso de substâncias, seja ela lícitas ou ilícitas; entre outras, que secundariamente podem levar a uma alteração ou comprometimento do sistema cardiovascular.

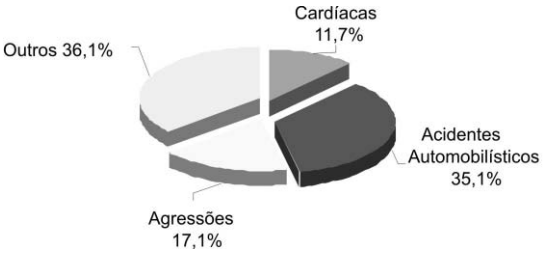
A cetoacidose diabética é causada por uma ausência ou quantidade acentuadamente inadequada de insulina; sendo os três aspectos clínicos principais a serem revertidos são a hiperglicemia, a desidratação e perda eletrolítica, e a acidose [7].

Quando a insulina está em quantidades insuficientes, a quantidade de glicose que entra nas células é reduzida e a produção de glicose pelo fígado aumenta. O organismo, em um mecanismo de defesa, tenta reduzir o excesso de glicose, aumentando a excreção de glicose pelos rins e concomitantemente excreta água e eletrólitos. Portanto, esta diurese osmótica leva à desidratação e acentuada perda de eletrólitos.

Este quadro de desidratação, se não tratado, pode levar a uma hipovolemia e posteriormente a um estado de choque hipovolêmico, o que acarreta em uma parada cardiorrespiratória. Já a perda de eletrólitos, principalmente o potássio, se não revertida no momento adequado, pode ocasionar as arritmias cardíacas, alterações hemodinâmicas e do aparelho respiratório [7].

O abuso de substâncias é o uso errôneo de drogas específicas para alterar o humor ou comportamento; o consumo exagerado de drogas e álcool constitui dois exemplos de abuso de substâncias. As drogas sejam elas lícitas, ilícitas ou controladas, são substâncias psicotópicas, portanto agem direto no âmbito do sistema nervoso central ativando ou deprimindo-o. Em ambos os casos pode levar, dependendo da dosagem utilizada, um colapso do sistema cardiovascular e circulatório, levando a parada cardiorrespiratória e a morte [7].

Gráfico 1 - Ocorrências que levaram os clientes ao setor de Emergência do HMSA e a prevalência de Doenças Cardíacas.



De acordo com o Gráfico 1, 35,0% das ocorrências no setor acima referido foram por acidentes automobilísticos; 17,1% por agressões; 11,7% por doenças cardíacas e 36,1% por causas diversas ou diagnóstico não definido.

Segundo o *Prehospital Trauma Life Support* – PHTLS [8], a morte decorrente de trauma é um grande problema de saúde no mundo inteiro resultando em quase 16.000 mortes diárias. Em poucos países, independente de seu nível de desenvolvimento, traumas não aparecem entre as cinco principais causas de morte. Devido à questões econômicas, sociais e de desenvolvimento, a causa das mortes relacionadas com traumas varia de um país para outro e até mesmo de uma região para outra dentro de um mesmo país.

O comitê acima referido engloba na definição de trauma tanto os decorrentes por acidentes automobilísticos, seja ele de qual natureza for; e os traumas por agressões, incluindo toda a agressão propriamente dita, como também, perfurações por armas de fogo e armas brancas.

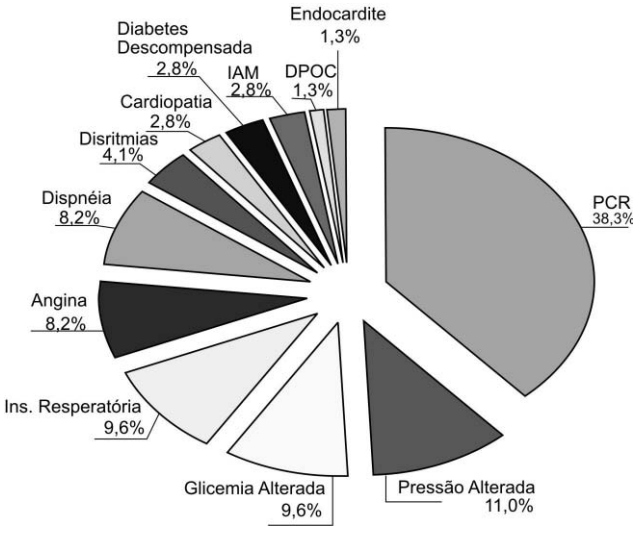
Portanto, considerando esta definição de trauma, constatamos na análise do Gráfico 01, que 52,1% (35,0% por acidentes automobilísticos e 17,1% por agressões) das entradas no Setor de Emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar foram clientes vítimas de traumas.

De acordo com os dados quantificados, a doença cardíaca foi a terceira maior causa de entrada no Setor de Emergência, uma vez que a Categoria Outros é um agrupamento de várias patologias não associadas ou causas não diagnosticadas, e que nenhuma delas supera isoladamente a freqüência das doenças cardíacas.

Estes dados divergem dos resultados divulgados por estudo de Oliveira, em 2003, no qual cerca de 29% dos óbitos registrados apresentaram como causa básica doença do aparelho circulatório e 13,3% foram devidos a causas externas, das quais 20% envolviam algum tipo de violência [9].

Também segundo dados do Datasus a morbidade hospitalar mais incidente no Município do Rio de Janeiro - RJ é decorrente das doenças do aparelho circulatório, que correspondem a 9,1%do total das internações. No banco de dados do Datasus não há nenhuma referência quanto à morbidade hospitalar relacionada aos traumas, somente estão inclusas as doenças clínicas, ou seja, aquelas que são decorrentes de alterações orgânicas [3].

Gráfico 2 - Diagnóstico médico dos clientes atendidos no Setor de Emergência do HMSA e a prevalência entre os vários distúrbios cardiovasculares.



O Gráfico 2 nos mostra que, dentre os pacientes que tinham diagnóstico de doenças cardíacas, 38,3% deram entrada na Emergência com parada cardiorrespiratória; 11,0% tiveram como causa a hipertensão arterial; 9,6% apresentavam descompensação diabética, e outros 9,6% com quadro de insuficiência respiratória; 8,2% apresentaram quadro de angina, outros 8,2% com quadro de dispnéia; 4,1% com arritmias cardíacas. O infarto agudo do miocárdio representou apenas uma parcela de 2,8% do total dos atendimentos de causa cardíaca. Prevalências menores (1,3%) relacionaram-se à DPOC e endocartide.

Destacamos a grande importância da hipertensão arterial e diabetes como fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios cardiovasculares [10] se apresentando também como percentuais mais elevados nos diagnósticos de entrada na sala de emergência nos dados apresentados.

Apesar do pequeno percentual referente ao infarto agudo do miocárdio, as coronariopatias representam uma das principais causas de morbi-mortalidade no país, estando o infarto agudo do miocárdio como o mais incidente destas, segundo dados do Datasus [3].

Dentre as doenças cardiovasculares com maior prevalência no Brasil e que determinam as maiores taxas de letalidade, encontram-se as doenças isquêmicas e cerebrovasculares [10]. No Brasil não existem números ou estimativas precisas da quantidade de atendimentos de infarto agudo de miocárdio nas salas de emergência.

Sabe-se, portanto, que o infarto agudo do miocárdio é a coronariopatia com maior incidência de morbi-mortalidade no país, mas a incidência com que esta se apresenta nos Setores de Emergência ainda é pouco clara e relatada.

Como vimos nos dados obtidos à maior incidência é de parada cardiorrespiratória, mas, infelizmente, por dificuldades na coleta dos dados, não foi possível identificar os motivos ou doenças de base que a desencadearam, estando, portanto englobado na parcela parada cardiorrespiratória, tanto as que tinham uma história pregressa de problemas cardíacos como as de etiologia desconhecida e ignorada.

Dos 75 pacientes identificados como portadores de algum tipo de alteração cardíaca, seja ela primária ou secundária a uma doença de base, apenas 20 prontuários foram localizados, o que corresponde a 26,7% do total prejudicando, portanto, a conclusão final a cerca da correlação entre a Doença Cardíaca e seus fatores de risco.

Para o desenvolvimento de qualquer uma das doenças cardiovasculares, não existe apenas um fator

de risco predisponente, e sim uma combinação de fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência destas, portanto, torna-se necessário neste momento descrever e classificar estes fatores de risco.

Fator de risco pode ser definido como aquele que quando presente ou ausente em indivíduos aumenta ou reduz a possibilidade de que ele desenvolva uma determinada doença [10]. Os fatores de risco para as cardiopatias podem ser divididos em dois grandes grupos: os fatores de risco não-modificáveis e os fatores de risco modificáveis. Um fator de risco não-modificável é uma circunstância sobre a qual o indivíduo não tem controle, e entre eles estão: histórico familiar positivo para doença coronariana (hereditariedade); idade avançada; sexo (homens e mulheres após a menopausa) e raça. Já um fator de risco modificável, como o próprio nome refere, é aquele sobre o qual os indivíduos podem exercer controle, como mudar de forma positiva hábitos de vida, eliminando-o como fator predisponente às cardiopatias, e entre eles estão: hiperlipidemia; hipertensão; tabagismo; nível elevado de glicose no sangue; obesidade; vida sedentária; uso de contraceptivos orais. Quanto mais fatores de risco um indivíduo tiver, maior será a sua probabilidade de ser acometido por cardiopatias [10,11].

A Tabela I refere-se à correlação entre a faixa etária, o sexo e a raça dos clientes que possuíam problemas cardíacos.

Ao analisarmos inicialmente o sexo masculino, percebe-se uma maior incidência de problemas cardíacos na faixa etária superior ou igual a 65 anos, e em clientes de branca. No entanto ao analisarmos a Tabela I, ainda no sexo masculino, percebemos facilmente que no intervalo de idade de 45 ┤ 65, há uma maior incidência nos de cor parda, e na faixa etária inferior a 45 anos, a incidência entre brancos e pardos torna-se equivalente.

Analisando o sexo feminino fica evidente a equivalência dos resultados obtidos com o sexo masculino no que diz respeito a faixa etária superior ou igual à 65 anos, na qual também há uma incidência maior nas de cor branca.

Se analisarmos a Tabela I de acordo com a definição dos autores supracitados, apesar da incidência no sexo masculino ser sempre superior ao feminino, observamos uma igualdade nos dados quando comparamos os dois sexos. Na faixa etária inferior a 45 anos há uma equivalência na incidência entre brancos e pretos; no intervalo de idade de 45 ┤ 65, há uma predominância de doenças cardíacas na etiologia negra e na faixa etária igual ou superior a 65 anos a incidência é maior na branca.

Utilizando-se como base os estudos epidemiológicos [11,12], a doença cardiovascular afeta indivíduos de todas as raças, mas a sua incidência é extremamente elevada entre os indivíduos da raça negra. No entanto, a raça não parece ser um fator tão importante quanto o estilo de vida, principalmente no Brasil, onde há uma grande miscigenação entre as diferentes etnias.

Dados epidemiológicos do *Framingham Heart Study*, o maior estudo epidemiológico sobre o assunto, mostram que a Doença Cardiovascular é mais incidente em homens, com morbidade seis vezes maior do que as mulheres, na faixa etária de 35 a 44 anos. Entretanto, após os 45 anos a freqüência no sexo feminino acelera rapidamente e a diferença é reduzida ao fator de um após os 75 anos, com tendência a superar o sexo masculino em idades avançadas [2].

A coronariopatia na mulher é dependente da idade, manifestando-se cerca de 5 a 10 anos mais tardiamente do que no homem. A doença cardíaca prevalece mais nos homens do que nas mulheres, uma vez que nos anos que precedem o climatério, as mulheres parecem estar protegidas contra doenças cardíacas, devido aos efeitos benéficos do estrogênio natural. Entretanto estes efeitos benéficos desaparecem após a menopausa, uma vez que as doenças coronarianas em mulheres que não recebem reposição hormonal igualam-se aos valores dos homens [10,12].

Apesar da literatura relatar que, após a menopausa, a incidência de doenças cardíacas entre homens e mulheres deveria alterar o perfil e igualar-se,

Tabela I - Distribuição por idade, sexo e etnia dos 20 clientes que deram entrada pelo setor de Emergência do HMSA.

Idade (anos)	Masculino			Feminino			Total
	Branco	Pardo	Preto	Branco	Pardo	Preto	
< 45	02	02	---	01	01	---	06
45 ┤ 65	---	03	01	---	01	01	06
> 65	03	01	01	03	---	---	08
TOTAL	05	06	02	04	02	01	20

não foi este o resultado obtido na pesquisa, já que há sempre uma predominância maior do sexo masculino, independente da faixa etária. Outra discordância refere-se à etiologia já que há uma maior incidência da branca, no sexo feminino. No entanto, o perfil masculino em relação à etnia é concordante, já que há uma maior incidência da preta, no total final.

Na Tabela II fazemos uma correlação dos diagnósticos médicos com os fatores de risco não modificáveis: idade e sexo, determinando assim o diagnóstico cardíaco mais prevalente e sua correlação com o sexo e a faixa etária.

Os dois clientes que tiveram como diagnóstico médico, parada cardiorrespiratória, tem a causa da morte como indeterminada, não sendo possível afirmar que foi em decorrência de uma doença cardíaca de base. Entretanto, é possível afirmar que a maioria das paradas cardio-respiratórias ocorre por morte súbita relacionadas à cardiopatia coronária, sendo seus fatores de risco basicamente os da aterosclerose [14,15].

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) da Cidade do Rio de Janeiro vem apresentando, ao longo dos anos, uma média de 10% das causas de óbito declaradas como "Mal Definidas", de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID 10) - Capítulo XVIII – Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte. O código R99, parte do referido capítulo, é utilizado em situações em que a "Causa Indeterminada" é a única informação contida na declaração de óbito [13].

Na última década, as Causas Mal Definidas têm se mantido entre as cinco primeiras causas de óbito na Cidade do Rio de Janeiro. Este padrão prejudica a análise das tendências de morte das principais causas, como neoplasias e doenças do sistema cardiovascular. Se por um lado, a utilização da rubrica "Causa Indeterminada" (Código R99 da CID 10) omite a ocorrência de eventos/patologias determinantes da causa básica do óbito, por outro, pode indicar uma importante questão: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde [13]. A codificação de causa de morte mal definida muitas vezes ocorre devido ao fato de o paciente ter chegado ao local de assistência já cadáver. A chegada ao hospital, quando no momento do falecimento, deixa para o declarante a difícil tarefa de registrar em documento a evolução de um quadro patológico não-assistido por este, e que finalmente evoluiu para óbito. Este fato diz respeito à ocorrência de óbitos sem que se conheça a existência de patologia prévia e sem assistência médica, que, por ocorrerem geralmente em domicílio, geram dúvidas, favorecendo o incremento do percentual das causas mal definidas.

De acordo com os dados da Tabela II as cardiopatias e as síndromes isquêmicas foram as mais prevalentes dentre as doenças cardíacas, predominando em homens em ambos os casos, diferenciando-se apenas na faixa etária atingida, que no caso da cardiopatia é a faixa etária igual ou superior a 65 anos; enquanto que nas doenças isquêmicas acometem indivíduos em uma ampla faixa etária.

Das seis ocorrências, duas apresentaram como diagnóstico médico apenas cardiopatia, não estando definida sua classificação específica; duas apresentaram cardiomegalia; uma miocardiopatia dilatada; e outra cardiopatia isquêmica.

No grupamento síndromes isquêmicas, referido da Tabela II, incluem-se todas as doenças coronarianas que levem a um quadro de isquemia miocárdica; e entre elas estão a angina, a isquemia e o infarto agudo do miocárdio.

Das seis ocorrências de síndromes isquêmicas, três eram por um quadro de angina, duas por isquemia, e uma por infarto agudo do miocárdio.

A angina aparece, junto com as arritmias, como o segundo diagnóstico médico mais prevalente entre

Tabela II - Correlação entre os diagnósticos médicos e os fatores de risco não modificáveis.

Doença cardíaca	Idade e sexo						Total
	<45 Anos		45 ┤ 65 Anos		> 65 Anos		
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
Cardiopatia	--	--	01	--	04	01	06
Sínd.Isquêmicas	03	--	02	01	--	--	06
Arritmia	--	01	01	--	01	--	03
Ins. Respiratória	01	--	--	--	01	--	02
PCR	--	--	--	01	--	01	02
Hipertensão	--	01	--	--	--	--	01
TOTAL	04	02	04	02	06	02	20

as doenças cardíacas em homens na faixa etária inferior a 45 anos, o que é um dado alarmante uma vez que estes encontram-se economicamente ativos.

Os sintomas da doença cardíaca coronariana são devidos à má oxigenação do miocárdio e se manifestam através de uma série de sintomas que seguem uma ordem gradativa: angina de peito, a síndrome coronariana intermediária e o infarto agudo do miocárdio [14].

A angina pectoris, ou angina de peito é uma síndrome caracterizada por episódios ou paroxismos de dor ou pressão na parte anterior do tórax. A causa geralmente é resultado direto do comprometimento do suprimento sanguíneo miocárdico, o que irá reduzir a quantidade de oxigênio disponível, gerando uma insuficiência de oxigenação o que provoca a angina [14].

Na maioria dos casos, a angina de peito se comporta de maneira previsível, isto é: aparece com certos tipos de esforços físicos ou estresses emocionais e se alivia rapidamente com repouso ou com nitritos. Este padrão é definido como angina estável. Quando o padrão de dor piora subitamente e se torna imprevisível, ocorrendo espontaneamente ou durante o repouso, e quando não é mais controlado por nitritos, tal condição passa a ser denominada de angina instável, indicando esta um avanço da doença coronariana [14].

Portanto, este dado é de suma relevância uma vez que a angina é um sinalizador do início do comprometimento coronariano, que pode evoluir ao infarto agudo de miocárdio se os fatores de risco modificáveis não forem revertidos.

Diante da constatação de que as complicações cardiovasculares estão se tornando as principais causas de morte em todo o mundo, inclusive em países onde as moléstias infecto-contagiosas eram os primeiros responsáveis pela mortalidade, as autoridades governamentais, sociedades médicas e a OMS estão concentrando esforços na chamada Prevenção Cardíaca.

Antes as atenções eram voltadas para cada fator de risco individualmente, seguindo uma hierarquia de acordo com a importância clínica. O conceito atual, no entanto, é combater e controlar ao mesmo tempo todos os fatores eventualmente presentes no caso, de forma a obter o máximo de benefício em termos de redução do risco de eventos cardiovasculares.

Ainda de acordo com o autor supracitado, os indivíduos com múltiplos fatores de risco, são sérios candidatos a desenvolver doença cardíaca, sendo o inverso verdadeiro.

Quadro 01 - Relação dos fatores de risco modificáveis evidenciados nos clientes do Setor de Emergência do HMSA.

Fatores de risco	Fi
Hipertensão Arterial Sistêmica	13
Sedentarismo	12
Diabetes Mellitus	06
Não Informado	04
Tabagismo	04
Hereditariedade	02
Dislipidemia	01
Obesidade	01

De acordo com o Quadro 0,1 o fator de risco mais incidente é a hipertensão arterial, em segundo lugar, com uma incidência quase equivalente fica o sedentarismo; e o diabetes mellitus fica com o terceiro fator de risco mais identificado; em quarto lugar; mas não menos importante, fica o tabagismo.

Um dado que não se encontra no Quadro 01, é que dos pacientes com diagnóstico de problemas cardíacos, mais de 80% destes possuem associação de dois ou mais fatores de risco.

A hipertensão é o fator mais prevalecente entre os portadores de doenças isquêmicas do coração; e que a sua incidência aumenta progressivamente de acordo com a faixa etária.

A hipertensão arterial sistêmica é um importante fator de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica. Ela acelera a aterogênese, aumentando o risco de eventos cardiovasculares em duas a três vezes, incluindo o risco de doença arterial coronariana, sua seqüela mais comum [9,11].

A hipertensão prolongada pode provocar um aumento da rigidez das paredes vasculares, levando à lesão vascular; além de aumentar o trabalho do ventrículo esquerdo, o qual passa a ter de bombear mais forte o sangue para dentro das artérias, o que posteriormente pode acarretar uma hipertrofia do coração, ocasionando insuficiência cardíaca [11,12].

Ainda utilizando o mesmo autor, a hipertensão contribui significativamente para o desenvolvimento de todas as doenças cardiovasculares ateroscleróticas, incluindo acidente vascular cerebral, doença coronariana, insuficiência cardíaca.

De acordo com o estudo de Framingham [2], mesmo a população com níveis pressóricos na faixa "normal alta" tem risco cardiovascular aumentado,

porém a maioria das seqüelas cardiovasculares desta doença irá ocorrer em pacientes portadores de hipertensão leve a moderada que constituem a grande maioria da população hipertensa.

A doença cardíaca é mais freqüente em adultos diabéticos do que em não diabéticos, mesmo que o diabetes seja controlado ou moderado. Pesquisas realizadas sugerem a possibilidade de distúrbios bioquímicos serem a causa central da origem das doenças coronarianas. O envelhecimento progressivo da população e suas exposições aos fatores de risco transformam o diabetes mellitus num dos maiores problemas de saúde pública, uma vez que tem efeitos profundos sobre o sistema cardiovascular [12].

Segundo o diabetes e o risco cardiovascular pode-se afirmar que a resistência à insulina faz parte de uma constelação de alterações metabólicas e fatores de risco presentes no diabetes mellitus II, que incluem a hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, e distúrbio de coagulação. Este agrupamento de fatores de risco é o principal componente da síndrome metabólica e estudos em longo prazo vêm demonstrando o aumento do risco cardiovascular a ela associado [11,12].

O sedentarismo constitui um fator de risco importante para as doenças cardíacas. A prática de atividade física traz benefícios para o condicionamento cardiovascular, auxilia na redução dos níveis pressóricos, no aumento da fração de HDL, na diminuição de LDL, na perda de peso, no aumento da circulação colateral, dentre outros benefícios [9,14].

Estatísticas do Datasus mostram que tanto o sedentarismo quanto a obesidade predispõe ao desenvolvimento de cardiopatias. As pessoas sedentárias tornam-se mais propensas à obesidade; as pessoas obesas, por sua vez, apresentam acentuada propensão para hipertensão arterial, diabetes mellitus e níveis elevados de colesterol sérico; por este motivo, então, ambas são consideradas como fatores de risco para cardiopatias [9,14].

O risco de sofrer infarto do miocárdio e mortalidade por doenças cardiovasculares é muito maior em fumantes, mesmo fazendo uso de um ou mais cigarros por dia, isso se deve pela falta de existência de nível de segurança no uso de tabaco. O tabaco é responsável por cerca de 75 a 80% do total de mortes por infarto em fumantes abaixo de 50 anos nos países industrializados. Sendo assim, seu uso prolongado aumenta em três vezes mais a mortalidade quando comparado a indivíduos de mesma faixa etária e que começaram com o hábito de fumar ainda na fase adulta jovem. As estatísticas demonstram que os grandes fumantes têm uma incidência maior de cardiopatias do que os não fumantes [14].

O fumo contribui para o aumento desta incidência, uma vez que a inalação de fumaça aumenta o nível de monóxido de carbono na circulação sanguínea, fazendo com que as hemoglobinas se combinem com o monóxido de carbono, reduzindo a oxigenação, e provocando uma redução na capacidade de bombeamento do coração; o ácido nicotínico estimula a liberação de catecolaminas, que elevam a freqüência cardíaca e a pressão arterial, além de gerar uma constrição das artérias; por fim, o fumo ainda provoca resposta vascular deletéria, aumenta a adesão plaquetária, o que favorece a formação de trombos [9].

Portanto, torna-se claro a predisposição das pessoas às doenças cardíacas, quando associados dois ou mais fatores de risco, e ainda, uma maior gravidade do quadro clínico, ou seja, há uma maior morbi-mortalidade relacionada à cardiopatia.

Conclusão

Através do estudo em questão podemos fazer reflexões acerca da prevalência dos clientes que dão entrada no Setor de Emergência de um Hospital Municipal do Rio de Janeiro com problemas cardíacos.

De acordo com os dados obtidos, evidenciamos que houve uma maior ocorrência de traumas no Setor de Emergência do Hospital em questão, e que a incidência por problemas cardíacos foi de 11,4 %, ocupando o terceiro lugar.

A alta prevalência de morte decorrente de trauma é um grande problema de saúde no mundo inteiro, e está diretamente relacionada com as questões econômicas, sociais e de desenvolvimento do país; sendo mais grave nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

Identificamos, ao analisarmos os dados, que a porcentagem referente aos problemas cardíacos pode estar subestimada uma vez que na categoria Mal Súbito devem estar inclusos clientes com alterações cardíacas ainda não diagnosticadas; tornando ainda mais alta a prevalência de clientes com problemas cardíacos.

Após analisarmos os prontuários ou boletins de ocorrência destes clientes com diagnóstico de

doenças cardíacas, concluímos que há uma maior prevalência de registro de parada cardiorrespiratória, seja ela decorrente de uma história pregressa ou não de cardiopatia; e que o infarto agudo do miocárdio, corresponde apenas a 2,8 % do total dos atendimentos.

Segundo o Ministério da Saúde, não existem números ou estimativas precisas da quantidade de atendimentos de infarto agudo de miocárdio nas salas de emergência no Brasil.

Após tabularmos os dados referentes aos fatores de risco predisponentes não-modificáveis, podemos concluir que há uma prevalência maior no sexo masculino; em relação à etnia, seja ela branca ou negra, a prevalência torna-se aparentemente relacionada com a faixa etária em questão, uma vez que este padrão foi visualizado em ambos os sexos, e com semelhança de resultados entre eles.

Ao correlacionarmos a doença cardíaca com os fatores predisponentes não modificáveis sexo e idade evidenciamos que as cardiopatias e as síndromes isquêmicas foram as mais prevalentes dentre as doenças cardíacas, predominando em homens em ambos os casos, diferenciando apenas na faixa etária atingida.

Em relação aos fatores de risco modificáveis, concluímos que em mais de 80% dos casos há uma associação de mais de 2 destes fatores, o que agrava ainda mais os riscos de desenvolvimento das doenças cardíacas, sendo a maior prevalência de hipertensão arterial.

Por não termos esgotado o assunto, e por ter sido impossível um mapeamento preciso sobre o perfil da clientela devido à dificuldade de obtenção dos dados, sugerimos que novas pesquisas sejam feitas, para que a realidade da incidência e prevalência no Setor de Emergência de doenças cardíacas seja possível; permitindo estabelecer assim, uma demanda direcionada para os conhecimentos da Enfermagem.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de doenças cardiovasculares. Controle de hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: CDCV/ NUTES; 2003.
2. Dórea EL, Lotufo PA. Framingham Heart Study e a teoria do contínuo de Pickering: duas contribuições da epidemiologia para a associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. Rev Bras Hipertens 2001;8(2):195-200.
3. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Morbidade e informações epidemiológicas [online]. [citado 2004 Jul 10]. Disponível em: URL: http://www.datasus.gov.br
4. Richardson RJ. Pesquisa social – métodos e técnicas. 2a ed. São Paulo: Atlas, 1989.
5. Meltzer LE, Pinneo R, Kitchell JR. Enfermagem na unidade coronária: bases, treinamento, prática. São Paulo: Atheneu; 2001. 340 p.
6. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia científica. 2a ed. São Paulo: Atlas; 1994.
7. Martinez TLR, Salgado Filho W, Chacra APM. Dislipidemias, diabetes e risco cardiovascular. 1a ed. São Paulo: Vivali; 2003. 48p.
8. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado / Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em colaboração com o Colégio Americano de Cirurgiões. Traduzido por: Poggetti RS et al. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
9. Oliveira GMM. Abordagem da doença coronariana: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. Rio de Janeiro: Edson Abdala Saad; 2003. 132p.
10. Mesquita ET. Paciente vulnerável: epidemias cardiovasculares emergentes. 1a ed. Rio de Janeiro: Lápis de Cor; 2003. 122 p.
11. Cruz ICF, Lima R. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares. Rev Enfermagem UERJ 1999;7(1):35-44.
12. Moriguichi EH, Vieira JLC. Conceitos dos fatores de risco: hierarquia dos principais fatores de risco e suscetibilidade individual para diferentes cardiopatias. In: Gianini SD, Forti N, Diament J. Cardiologia preventiva: prevenção primária e secundária. São Paulo: Atheneu; 2000; p. 27-42.
13. Caridade MC, Campos TC, Serafim FC, Bellizzi ALM, Simplício AMB, Theme-Filha MM, et al. Causas mal definidas de morte: recuperação de informações na cidade do Rio de Janeiro. Revista Saúde em Foco 2001;22:63-73.
14. Santoro DC, Stipp MA, Machado SC, Santos NMP. O cliente com doença coronariana e os fatores de risco. In: Figueiredo NMA, Stipp MAC, Leite JL. Cuidando de clientes cardiopatas. São Caetano do Sul: Difusão; 2005. p.63-78.
15. Santoro DC, Oliveira CM. Considerações sobre morte súbita no contexto do cuidado. Enfermagem Brasil 2003;2(5):309-313.

Enfermagem Brasil
Setembro / Outubro 2007;6(5)

Artigo original

Proposta de protocolo para consulta de enfermagem a pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento conservador

Sílvia Maria de Sá Basílio Lins*, Francisca Márcia Pereira Linhares, M.Sc.**

**Enfermeira residente em nefrologia pelo programa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco HC/UFPE,*
***Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco*

Resumo

A insuficiência renal crônica possui caráter progressivo e irreversível que leva à falência renal. O tratamento conservador é a etapa que antecede a terapia renal substitutiva e visa retardar ao máximo a sua necessidade. O atendimento multidisciplinar é fundamental nesta fase e a consulta de enfermagem é um dos mecanismos de que dispõe o enfermeiro para prestar uma assistência de qualidade e contribuir para a qualidade de vida do paciente. Este estudo objetivou elaborar um protocolo para consulta de enfermagem, contendo histórico, baseado na Teoria do Autocuidado (Orem) e Teoria das Necessidades Humanas Básicas (Horta), diagnósticos e intervenções de enfermagem, baseados na Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem, versão beta 2. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com uma abordagem quantitativa realizado no ambulatório de nefrologia de um Hospital Escola da cidade do Recife. A amostra foi composta de 20 pacientes, 76,9% da população. Os resultados mostraram que 55% (11) da amostra era do sexo feminino, 55% (11) viviam com o companheiro, 85% (17) recebiam até 3 salários mínimos e 35% (7) eram analfabetos. Dos pacientes pesquisados, 90% (18) eram hipertensos e 45% (9) eram diabéticos. Os diagnósticos mais freqüentes foram Hipertensão presente (18), Sobrepeso presente (10), Mastigação inadequada (13), Edema presente em membros inferiores (9), Fadiga presente (13), Cãibras musculares presentes (9), Visão diminuída (15), Exercício ausente (10), Conhecimento ausente sobre patologia e tratamento (19) e Dificuldade de aderência ao regime terapêutico (19). As intervenções de enfermagem apresentadas para cada diagnóstico consistiram em ações educativas e preventivas, visando contribuir para a qualidade de vida do paciente e para o retardo no início da terapia renal substitutiva.

Palavras-chave: insuficiência renal, nefrologia, qualidade de vida.

Artigo recebido em 31 de janeiro de 2007; aceito em 10 de outubro de 2007.
Endereço para correspondência: Silvia Maria de Sá Basílio Lins, Av. Rainha Elizabeth da Bélgica, 706/106, 22081-030 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21)8691 1345, E-mail: silvinhalins@terra.com.br

Abstract

Proposal of protocol for nursing consultation to patients with chronic renal insufficiency in conservative treatment

The chronic renal insufficiency is a disease that causes gradual loss of the kidney function. The conservative treatment is the stage that precedes the renal replacement therapy and aims at delaying the progression of the disease. The multidisciplinary care is very important on this stage and nursing consultation is one of the mechanisms that the nurse has to give quality care and to contribute for the patients' quality of life. This study has as objective to elaborate a protocol for nursing consultation with historical contend, based on Orem's Self-care Theory and Basic Human Necessities Theory (Horta), diagnosis and nursing interventions, based on the International Classification of Nursing Practice, version beta 2. It is a descriptive, transversal study with quantitative approach carried out at an outpatient clinic of nephrology of a Hospital School of Recife city. The sample was composed by 20 patients, 76.9% of the population. The results showed that 55% (11) of the sample were women, 55% (11) lived with a boyfriend, 85% (17) received up to 3 minimum wages and 35% (7) were illiterate. 90% (18) of the patients were hypertensive and 45% (9) were diabetic. The most frequent diagnosis were hypertension (18), overweight (10), inadequate chewing (13), lower limb edema (9), fatigue (13), muscle cramps (9), impaired vision (15), lack of exercise (10), lack of knowledge of pathology and treatment (19) and difficulty to adhere to therapeutic regimen (19). The nursing interventions used for each diagnosis consisted of educative and preventive actions, aiming at contributing for the patients' quality of life and for delaying renal replacement therapy.

Key-words: renal insufficiency, nephrology, quality of life.

Resumen

Propuesta de protocolo para la consulta de enfermería a pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento conservador

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que causa una pérdida lentamente progresiva de la función renal. El tratamiento conservador es la etapa que precede la terapia de reemplazo renal y tiene como meta retrasar al máximo la progresión. La atención multidisciplinar es fundamental y la consulta de enfermería es uno de los mecanismos que el enfermero dispone para mejorar la calidad de asistencia y contribuir para la calidad de la vida del paciente. Este estudio tiene como objetivo elaborar un protocolo para la consulta de enfermería de contenido histórico, establecido en la Teoría del Autocuidado de Orem y la Teoría de las Necesidades Básicas (Horta), diagnostico e intervenciones de enfermería, basadas en la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería, versión 2 beta. Se trata de un estudio descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo realizado en un ambulatorio de nefrología de un Hospital Escuela de la ciudad de Recife. La muestra fue compuesta de 20 pacientes, 76.9% de la población. Los resultados mostraron que el 55% (11) de la muestra eran mujeres, el 55% (11) vivían con su pareja, el 85% (17) recibían hasta 3 salarios mínimos y el 35% (7) eran analfabetos. De los pacientes investigados, un 90% (18) eran hipertensos y un 45% (9) eran diabéticos. Los diagnósticos más frecuentes fueron hipertensión (18), sobrepeso (10), masticación inadecuada (13), edema en los miembros inferiores (9), fatiga (13), calambres musculares (9), falta de ejercicio (15), visión reducida (10), falta de conocimiento sobre la patología y el tratamiento (19) y dificultad de adherencia al régimen terapéutico (19). Las intervenciones de enfermería presentadas para cada diagnóstico consistieron en acciones educativas y preventivas, con la intención de contribuir para mejorar la calidad de vida del paciente y retrasar el inicio de la terapia de reemplazo renal.

Palabras-clave: insuficiencia renal, nefrología, calidad de vida.

Introdução

A insuficiência renal crônica (IRC) caracteriza-se pela perda progressiva e irreversível da função renal, ocasionando diversas transformações na vida do doente. Altera-se a imagem corporal, a rotina familiar, gera-se uma relação de dependência com outras pessoas, enfim, ocorrem impactos físicos, psicológicos e sociais [1].

O tratamento conservador da IRC tem por objetivo manter a função renal e a homeostase o máximo de tempo possível, a fim de retardar a necessidade de terapia renal substitutiva. Os fatores passíveis de reversão devem ser tratados e os não passíveis devem ser monitorizados, na tentativa de evitar suas exacerbações [2].

Oliveira [3], ao avaliar o conhecimento dos pacientes renais crônicos acerca de sua patologia

e tratamento, observou que 81,3% dos pacientes pesquisados não possuíam conhecimento do mecanismo desencadeador da IRC, 46% acreditavam na melhora da doença renal e 47,9% não sabiam identificar nenhum tipo de tratamento dialítico.

O despreparo do paciente frente à sua patologia requer uma abordagem multidisciplinar, capacitada a solucionar ou amenizar os problemas enfrentados pelo doente nesta nova etapa de sua vida. Uma ferramenta de que dispõem os enfermeiros é a consulta de enfermagem. Esta possibilita a identificação de problemas, através da coleta de dados, e a elaboração de intervenções de enfermagem que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida [4].

Por determinação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e segundo a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, foi legalizada a Consulta de Enfermagem, esta atividade é privativa do enfermeiro e caracteriza-o como um profissional liberal [5].

A consulta de enfermagem é uma atividade que proporciona ao enfermeiro condições para atuar de maneira autônoma, utilizando uma metodologia própria para interagir com o cliente. Através de uma interação face a face e de uma comunicação verbal e não verbal, os pacientes terão a oportunidade de se expressarem com clareza, após estabelecimento de um elo de confiança mútua.

A confiança é adquirida pelo estabelecimento de uma consulta contextualizada e participativa, que exige conhecimento e habilidades técnicas. Proporcionando, assim, melhores condições de enfrentamento da doença renal crônica.

Baseado nesta sucinta reflexão, este estudo teve por objetivo propor um protocolo para a consulta de enfermagem a pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento conservador atendidos pela primeira vez no ambulatório de um Hospital da cidade do Recife.

Material e métodos

Este estudo é do tipo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Sua realização se deu no ambulatório de nefrologia de um Hospital Escola da cidade do Recife que atende de forma multidisciplinar a pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento conservador.

A população foi composta de 26 pacientes portadores de IRC em tratamento conservador atendidos pela primeira vez no Programa de Tratamento Conservador do ambulatório de nefrologia do referido hospital, nos meses de fevereiro e junho de 2006. A técnica de amostragem foi do tipo não - probabilística, acidental. Fizeram parte da amostra 20 pacientes, escolhidos por demanda espontânea. Os critérios de inclusão na amostra consistiam em pacientes com diagnóstico fechado de IRC que estavam iniciando o Programa de Tratamento Conservador.

Para a realização desta pesquisa, foi aplicado um instrumento de coleta de dados elaborado pela autora, baseado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Após a aplicação do mesmo, foram identificados os diagnósticos de enfermagem presentes em todos os pacientes. Consideramos os diagnósticos mais freqüentes aqueles encontrados em no mínimo 40% dos pesquisados. Foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão Beta para elaborar os termos diagnósticos, incluindo os eixos foco da prática e julgamento. As intervenções de enfermagem foram elaboradas a partir dos diagnósticos citados, levando em consideração a realidade da clientela atendida, a exeqüibilidade da intervenção proposta, a experiência da autora e as recomendações da literatura. Os dados inventariados foram tabulados e apresentados sob forma de freqüências relativas e absolutas e organizados através de tabelas, sua análise foi baseada na literatura consultada.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, como preconizado pelo CONEP através da Resolução 196/96. Os dados foram coletados, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo se classificou em risco mínimo, conforme a resolução 196/96, entretanto traz benefícios aos participantes, uma vez que proporciona aos enfermeiros uma ferramenta de trabalho capaz de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Resultados e discussão

A idade da amostra consultada variou entre 19 e 81 anos de idade, com predomínio de 55% (11) dos pacientes entre 39 e 59 anos e 30% (6) acima dos 60 anos. Este último dado é confirmado pelo Censo 2006, realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (6), que traz um percentual de 25%, no Brasil, e 20% no Nordeste de pacientes acima de 65 anos em terapia dialítica. Romão Junior [7] atribui o aumento da população com doença

renal crônica ao envelhecimento da população em geral e ao aumento do número de portadores de hipertensão e diabetes melitus.

Tabela I - Distribuição das freqüências das variáveis sócio-demográficas relacionadas a pacientes nefropatas crônicos. Hospital das Clinicas/UFPE. Recife, 2006.

Variáveis	n = 20	%
Faixa Etária (anos)		
18 - 38	3	15%
39 - 59	11	55%
> 60	6	30%
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	2	10%
1 - 3 salários mínimos	15	75%
> 3 salários mínimos	2	10%
Não sabe informar	1	5%
Escolaridade		
Analfabeto	7	35%
Alfabetizado	4	20%
Fundamental incomp.	1	5%
Fundamental comp.	6	30%
Médio incomp.	1	5%
Médio comp.	1	5%

Quanto à renda familiar, 85% (17) dos pacientes viviam com até 3 salários mínimos. Sesso, *apud* Reis [8] afirma que os pacientes de classe alta em tratamento dialítico têm, em média, 25% a mais de qualidade de vida do que os de classe social baixa, o que faz com que estes necessitem de uma atenção maior dos serviços de saúde, pois apresentam maior risco de não adesão ao tratamento.

No que se refere à escolaridade, a tabela I demonstra que 20% (4) dos pacientes consultados consideravam-se apenas alfabetizados, ou seja, escreviam apenas o próprio nome e 35% (7) eram analfabetos. Segundo Sesso apud Reis (8) o nível escolar influencia na capacidade de assimilar informações sobre a doença e o tratamento, o que demanda maior atenção e cuidado dos profissionais de saúde.

Como se pode observar na tabela II, dos pacientes consultados, 90% (18) eram portadores de hipertensão arterial. O diabetes melitus ocupa a segunda posição com 45% (9). No estudo realizado por Pinto *et al.* [9], foi avaliada a causa da IRC em pacientes que ingressavam nos programas de diálise da cidade de São Paulo durante o ano de 1991, dos 5140 pacientes pesquisados, 17% possuíam hipertensão e 9% tinham o diabetes como causa de IRC. Este autor conclui sobre o manejo inadequado do tratamento destas doenças nos postos públicos de saúde.

Tabela II - Distribuição dos antecedentes pessoais relacionados a pacientes nefropatas crônicos. Hospital das Clínicas/UFPE. Recife, 2006.

Variáveis	n = 20	%
Antecedentes Pessoais		
Hipertensão	18	90%
Diabetes	9	45%
Cardiopatia	7	35%
Tabagismo	4	20%
AVC	3	15%
Alcoolismo	1	5%

Em um outro estudo realizado por Abreu [10], também verificou-se a alta prevalência destas morbidades como causas da IRC, dos pacientes pesquisados 25% eram hipertensos e 20% eram diabéticos. De acordo com dados do CENSO 2006, da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) [6], 25% do total de pacientes em diálise, no Brasil, são portadores de diabetes.

Tabela III - Diagnósticos de enfermagem, segundo a CIPE versão beta 2, para as necessidades básicas psicobiológicas relacionadas a nefropatas crônicos. Hospital das Clínicas/UFPE. Recife, 2006.

Variáveis	n = 20	%
Diagnósticos de Enfermagem		
Hipertensão presente	18	90%
Visão diminuída	15	75%
Mastigação inadequada	13	65%
Fadiga presente	13	65%
Sobrepeso presente	10	50%
Exercício ausente	10	50%
Edema presente em MMII	9	45%
Cãibras musculares presentes	9	45%

Como pode se observar na tabela III, o diagnóstico de enfermagem "Hipertensão Presente" foi encontrado em 90% (18) dos pacientes consultados.

Segundo a CIPE [11], hipertensão é um tipo de pressão sangüínea com características específicas:

bombeamento de sangue para os vasos sangüíneos com pressão maior que o normal.

A hipertensão arterial é uma das principais causas de IRC, segundo Castro [12], ao serem admitidos para diálise, 80% dos indivíduos já estão hipertensos. A hipertensão possui um mecanismo positivo de retroalimentação com a IRC, pois a nefroesclerose hipertensiva é uma causa, e a hipervolemia é uma consequência da IRC que contribui para elevação da pressão arterial. Assim como a IRC, a hipertensão arterial exige uma abordagem multidisciplinar, garantindo uma maior adesão ao tratamento.

O diagnóstico de enfermagem "Visão Diminuída" foi encontrado em 75% (15) dos pacientes consultados.

Para a CIPE [11] visão é um tipo de sensação com características específicas: faculdade para ver, devido à reposta a estímulos dos órgãos da visão, capacidade visual. Para Cinoto [13], à medida que o indivíduo envelhece, o cristalino torna-se menos flexível e menos capaz de aumentar sua espessura, diminuindo a focalização dos objetos.

O diagnóstico de enfermagem "Mastigação Inadequada" foi encontrado em 65% (13) dos pacientes consultados. De acordo com a CIPE [11], mastigação é um tipo de digestão com características específicas: decomposição mecânica de alimentos na boca através da sua trituração com os dentes e movimentação da língua.

Em um estudo realizado por Gaião [14], verificou-se que 53% dos idosos estudados eram totalmente desdentados. Este autor culpa a falta de políticas públicas que visem à prevenção da saúde bucal e a conseqüente melhoria da qualidade de vida da população em geral.

O diagnóstico de enfermagem "Fadiga Presente" foi encontrado em 65% (13) dos pacientes consultados. A CIPE [11] refere que fadiga é um tipo de repouso com características específicas: estado de diminuição da força e da resistência, sensação de exaustão, cansaço, bocejos freqüentes, apatia, ausência de sensação de bem descansado, diminuição da capacidade dos tecidos para responder a estímulos que normalmente solicitam contração muscular, freqüentemente associado à atividade física enérgica ou exposição à pressão psicológica.

A anemia, encontrada em 90% dos portadores de IRC, é responsável por uma diminuição na qualidade de vida destes pacientes. A fadiga é um dos primeiros sintomas da doença, acompanhado por intolerância à atividade, diminuição da capacidade de trabalho, do apetite e da libido. O tratamento se dá com a administração de eritropoetina humana recombinante, em substituição ao hormônio que era produzido pelo rim, antes do início da IRC [15].

O diagnóstico de enfermagem "Sobrepeso Presente" foi encontrado em 50% (10) dos pacientes consultados. Segundo a CIPE [11] sobrepeso é um tipo de estado nutricional com características específicas: condição de peso corporal elevado e massa corporal normalmente 10% a 20% acima do peso ideal, aumento da proporção de células gordurosas, principalmente nas vísceras e nos tecidos subcutâneos associado com excesso de ingestão de nutrientes, excesso de alimentos e falta de exercício.

O excesso de peso está fortemente associado à elevação da pressão arterial e esta, por sua vez, está atrelada ao surgimento da IRC. Um estudo realizado por Feijão *et al*. [16] avaliou a correlação entre excesso de peso e hipertensão arterial em uma população urbana de baixa renda, e verificou que a prevalência da hipertensão arterial em indivíduos com peso normal foi de 10,05% para hipertensão leve, 2,99% para moderada e 2,99% para acentuada. Já nos indivíduos com excesso de peso, as prevalências foram 17,04%, 5,68% e 4,94% respectivamente. O autor sugere que o controle de peso seria uma intervenção pertinente e eficaz no controle da hipertensão arterial.

O Diagnóstico de enfermagem Exercício Ausente foi encontrado em 50% (10) dos pacientes consultados. De acordo com a CIPE, exercício é um tipo de autocuidado: atividade física com características específicas: realizar atividades físicas e programas de exercícios corporais com o objetivo de manter a forma, mobilidade e saúde.

A pesquisa de Monteiro [17] avaliou os efeitos benéficos do exercício sobre a hipertensão arterial e comprovou que indivíduos com graus leve e moderado da doença puderam reduzir a dosagem de medicamentos, apenas com a prática de exercícios físicos regulares. Apesar de não ter relação direta com a IRC, a prática de exercícios físico tem ação benéfica sobre a hipertensão e sobre o sobrepeso, logo deve ser recomendada.

O diagnóstico de enfermagem "Edema Presente em Membros Inferiores" foi encontrado em 45% (9) dos pacientes consultados. Para a CIPE, edema é um tipo de retenção de fluidos com características específicas: condição de excessivo acúmulo de fluidos corporais em espaços tissulares, ou retenção de fluido corporal em edema de declive tal como inchaço do tecido periférico das extremidades inferiores na posição

vertical, inchaço do tecido renal, quando em posição supina, edema central acompanhado por respiração curta, alterações do padrão respiratório ou ruídos respiratórios anormais. De acordo com Riella [18], o paciente urêmico costuma apresentar retenção de sódio e água, provocando um excesso de volume de líquidos que se traduz pela presença de edema.

O diagnóstico de enfermagem "Cãibras Musculares Presentes" foi encontrado em 45% (9) dos pacientes consultados. Segundo a CIPE [11], cãibras musculares são um tipo de movimento muscular com características específicas: contração involuntária dolorosa de um músculo ou grupo de músculos associado à atividade física extenuante, exercício excessivo de um ou vários músculos ao colocar o corpo numa posição correta tal como ao evitar uma queda.

Riella [18] afirma que, ao iniciarem a diálise, 65% dos pacientes apresentam uma neuropatia urêmica, que é uma polineuropatia distal, simétrica, sensorial e motora, e afeta mais os membros inferiores. Os sintomas envolvidos são a fadiga, a fraqueza, atrofia, irritabilidade e as cãibras.

Tabela IV - Diagnósticos de enfermagem, segundo a CIPE versão beta 2, que afetam a necessidade de autocuidado a pacientes nefropatas crônicos. Hospital das Clínicas/UFPE. Recife, 2006.

Variáveis	n = 20	%
Diagnósticos de Enfermagem		
Conhecimento ausente sobre patologia e tratamento	19	95%
Dificuldade de aderência ao regime terapêutico	19	95%

A Tabela IV mostra os diagnósticos de enfermagem que afetam a necessidade do autocuidado. O diagnóstico de enfermagem "Conhecimento Ausente" sobre patologia e tratamento foi encontrado em 95% (19) dos pacientes consultados. Segundo a CIPE, conhecimento é um tipo de pensamento com características específicas: conteúdo específico de pensamento baseado em sabedoria adquirida ou informação aprendida, ou habilidades, cognição e reconhecimento da informação.

A necessidade de conhecimento é fundamental para adequabilidade do homem ao meio em que vive e à suas constantes mudanças. Para entender o ser humano no seu contexto social e pessoal, suas crenças e habilidades, seus interesses e suas atitudes, faz-se necessária a compreensão da aprendizagem enquanto formadora desse ser. O aprendizado advém da prática social e a ela retorna, gerando um fluxo crescente de informações, soma-se a isto a coletividade do aprendizado, uma vez que o mesmo não pode ser produzido na solidão do sujeito [19].

Como profissional educador, o enfermeiro deverá contribuir para o desvendar deste novo mundo com o qual o paciente se depara. A educação em saúde é um processo dinâmico e contínuo, que leva o indivíduo a despertar criticamente para a sua condição de saúde e o enfermeiro deve atuar como elo entre o aprendizado e o aprendiz [20].

O diagnóstico de enfermagem "Dificuldade de Aderência" ao regime terapêutico foi identificado em 95% (19) dos pacientes consultados. Aderência é um tipo de gestão do regime terapêutico com características específicas: realizar atividades para atender as exigências da terapia de saúde, de acordo com as prescrições dos prestadores de cuidado ou responsáveis pelo curso do tratamento [11].

O processo de adoecimento gera no indivíduo uma sensação de impotência e vulnerabilidade que são revertidos após a melhora do mesmo. Quando se está diante de uma doença crônica, no entanto, estes sentimentos permanecem em função da dependência que o indivíduo desenvolve a médicos e a tratamentos. A partir de então, é necessário seguir uma terapia que não irá levar à cura, fato este, que acaba por contribuir para a não adesão. O tratamento da doença crônica visa adaptar o indivíduo à nova condição de vida e fornecer mecanismos para que o mesmo conheça o seu processo saúde - doença e possa atuar como co-responsável na melhoria da sua qualidade de vida. Este processo perpassa pela necessidade de conhecimento do indivíduo para que haja de forma consciente e assim adira ao regime terapêutico [21].

Protocolo de consulta

- explicar sobre o significado da hipertensão, incluindo seus fatores de riscos, suas conseqüências e seu tratamento;
- orientar sobre a necessidade de exercícios físicos;
- ensinar o registro diário da dieta para sua posterior revisão;
- providenciar encaminhamento ao serviço de odontologia;
- investigar provável ingestão excessiva de sal e desencorajá-la;
- ensinar técnicas de conservação de energia como, por exemplo, descansar antes e após atividades exte-

nuantes e organizar-se antes da realização de alguma tarefa, para diminuir o trabalho necessário;
- explicar as causas das cãibras;
- providenciar encaminhamento ao serviço de oftalmologia.
- orientar a prática de caminhadas, de 3 a 6 vezes por semana com duração de 30 a 60 minutos;
- explicar a doença, quais suas causas, seus sintomas, sua progressão e seu tratamento;
- ressaltar a importância da adesão ao tratamento para retardar a progressão da doença.
- incluir a família neste contexto, para que entenda e colabore com o aprendizado e com o tratamento do paciente.

Conclusão

Os diagnósticos de enfermagem, segundo a CIPE versão beta 2, mais freqüentes encontrados em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento conservador, atendidos pela primeira vez no ambulatório, foram: hipertensão presente (18, 90%), sobrepeso presente (10, 50%), mastigação inadequada (13, 65%), edema presente em membros inferiores (9, 45%), fadiga presente (13, 65%), cãibras musculares presentes (9, 45%), visão diminuída (15, 75%), exercício ausente (10, 50%), conhecimento ausente sobre patologia e tratamento (19, 95%) e dificuldade de aderência ao regime terapêutico (19, 95%). Alguns destes diagnósticos não estão relacionados com a patologia de base, como a visão deficiente e a mastigação inadequada, porém devem ser levados em consideração tendo-se em vista a abordagem holística do paciente.

As intervenções foram propostas, de acordo com os diagnósticos apresentados e consistem, basicamente, em ações educativas e preventivas, que visam explicar, ensinar e orientar diversas ações que contribuirão para um tratamento conservador mais eficaz. Entre elas, estão: explicar a doença, suas causas, seus sintomas e seu tratamento, estabelecendo um diálogo aberto, que permita o esclarecimento de dúvidas.

Referências

1. Carreira M, Marcon SS. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. Rev Latinoam Enfermagem 2003;11(6):823-31.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
3. Oliveira CBT. Conhecimento do paciente renal crônico em tratamento conservador sobre diálise [monografia]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2004.
4. Dyniewicz AM, Zanella E, Kobus LSG. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. Rev Eletrônica de Enferm 2004;6(2):209-12.
5. Conselho Regional de Enfermagem – Pernambuco (COREN/PE); Leis, Resoluções – decisões; 2001
6. Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN, Censo SBN 2006. [citado 2006 Ago 21]. Disponível em: URL: htpp//www.sbn.org.br
7. Romão Junior JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. J Bras Nefrol 2004;26(3):Supl. 1.
8. Reis B. Estudo analisa qualidade de vida com base no nível socioeconômico. Jornal da Paulista 2003;177:16.
9. Pinto FM, Anção MS, Sakumoto M, Ferreira SRG. Contribuição da nefropatia diabética para a insuficiência renal crônica na grande São Paulo. J Bras Nefrol 1997;19(3): 256-63.
10. Abreu IS. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapava, PR [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
11. Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, Beta 2. São Paulo: CENFOBS; 2003.
12. Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. Rev Assoc Med Bras 2003;49(3):245-49.
13. Cinoto RW, Berezovsky A, Belfort Junior R, Salomão SR. Comparação entre qualidade de visão auto-relatada e acuidade visual em população idosa de baixa renda na cidade de São Paulo. Arq Bras Oftalmol 2006;69(1):17-22.
14. Gaião LR, Almeida MEL, Heukelbach J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. Rev Bras Epidemiol 2005;8(3):316-23.
15. Canziani, MEF. Complicações da anemia na insuficiência renal crônica. J Bras Nefrol 2000;22(5):13-15.
16. Feijão AMM, Gadelha FV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. Arq Bras Cardiol 2005,84(1):29-33.
17. Monteiro MF, Sobral Filho DC. Exercício físico e o controle da pressão arterial. Rev Bras Med Esporte 2004;10(6):513-6.
18. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
19. Gomes ALL, Pereira MGL. Psicologia da aprendizagem. Vale do Acaraú: Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, s/d.
20. Torres GV, Enders BC. Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica de saúde: participação do enfermeiro. Rev Latinoam Enfermagem 1999;7(2):71-77.
21. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. Interface Comun Saúde Educ 2005;9(16):91-104.

Enfermagem Brasil
Setembro / Outubro 2007;6(5)

Artigo original

Controle de infecção neonatal: avaliação da adoção de medidas de controle pela equipe de enfermagem

Carla Almeida Damasceno*, Naiane Andrade Simões*, Samara Gomes Vasconcelos*,
Tânia Christiane Bispo, M.Sc.**

*Enfermeiras, especialistas em Neonatologia pela Universidade do Estado da Bahia, **Enfermeira, docente da Universidade do Estado da Bahia*

Resumo

O presente estudo tem caráter qualitativo e avaliou a adoção de medidas de controle de Infecção Hospitalar Neonatal consensuadas pela portaria 2618/96 do Ministério da Saúde (lavagem das mãos e uso da luva de procedimentos), adotadas pela Enfermagem. Para tanto, foi utilizado um questionário para a caracterização dos sujeitos; um roteiro de observação não-participante; e sensibilizações. Os campos de pesquisa foram duas unidades de cuidados intensivos neonatais, uma Pública e uma Particular, para comparação dos resultados. A análise de dados organizou-se com base nos achados, que revelaram: a diferença entre as posturas dos profissionais de Enfermagem na instituição particular e na pública, revelando a importância dos fatores organizacionais; a diferença de posturas entre profissionais de Enfermagem da mesma instituição, revelando relevância de posturas individuais; e a influência da sensibilização, nas posturas adotadas no momento da coleta de dados.

Palavras-chave: infecção hospitalar, neonatologia.

Abstract

Neonatal infection control: evaluation of infection control practices of the nursing team

This study with qualitative approach aimed at evaluating the adoption of Hospital Infection Neonatal practices, in accordance with Health Department (Brazil), order 2618/96 (hand washing and glove use), adopted for the Nursing. It was used a questionnaire for the characterization of the subjects; a non-participant observation report and sensitizations. The research fields had been two Neonatal Intensive Care Units, a Public and a Private one, for comparison of the results. The data analysis was based on the findings, which showed: different positions between professionals of the private institution and the public, showing the importance of the organizational factors; the difference of positions between professionals of the same institution, showing relevance of individual positions; and the influence of the sensitization, in the adopted positions at the moment of data collection.

Key-words: cross infection, neonatology.

Artigo recebido em 17 de maio de 2006; aceito em 20 de outubro de 2007.
Endereço para correspondência: Carla Almeida Damasceno, Rua Atenas, 19, Condomínio Recanto de Itapuã, 41635-020 Salvador BA, Tel: (71) 3249-5185 / 8709-2011, E-mail: kkzinhassim@yahoo.com.br

Resumen

Control de infección neonatal: evaluación de la adopción de medidas de control por el equipo de enfermería

Este estudio de abordaje cualitativo evaluó la adopción de medidas de control de infección neonatal de conformidad con la resolución 2618/96 (lavado de las manos y uso de guantes de procedimientos) del Ministerio de Salud (Brasil), adoptado por la Enfermería. Para eso, fue utilizado un cuestionario para la caracterización de los sujetos; una escritura de observación no participante; y sensibilizaciones. Los campos de la investigación fueron dos Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, una pública y una privada, para la comparación de los resultados. El análisis de datos fue basado en los resultados, que revelaran: la diferencia entre las posiciones de los profesionales, en la institución privada y la pública, revelando la importancia de los factores organizacionales; la diferencia de posiciones entre los profesionales de la misma institución, revelando la importancia de las posiciones individuales; y la influencia de la sensibilización, en las posiciones adoptadas en el momento de la recogida de datos.

Palabras-clave: infección hospitalaria, neonatología.

Introdução

Inicialmente faz-se necessário diferençar Infecções Comunitárias das Hospitalares. Para o Ministério da Saúde (MS), em sua portaria 2616/98 [1]:

Infecção Comunitária (IC) é aquela constatada ou em incubação no período da admissão do paciente desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital; ou que esteja associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microorganismos com sinais e sintomas fortemente sugestivos de aquisição de nova infecção.

Infecção Hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou os procedimentos hospitalares.

Desta maneira, Infecção Hospitalar é todo processo infeccioso não identificado na admissão do paciente que pode se manifestar durante a sua permanência no hospital, ou, até mesmo, após a sua alta [2].

Já a Infecção Hospitalar neonatal é aquela transmitida após o parto, excluindo-se aquelas adquiridas via trans-placentária – como toxoplasmose, sífilis, citomegalovírus, herpes e rubéola – e, também, aquelas associadas à bolsa rota por um período superior a 24 horas – classificada como infecção comunitária, conforme a portaria 2616/98, do Ministério da Saúde [1].

As infecções hospitalares neonatais constituem-se uma das mais importantes causas para o aumento das taxas de mortalidade em Recém-nascidos (Rn) [2].

Considerando que o toque é uma função essencial para o desenvolvimento de bebês prematuros e que eles dependem de seus cuidadores para sobreviver, a lavagem das mãos torna-se de fundamental importância não só para os profissionais de Enfermagem, mas, também, para os pais [3].

A forma principal de transmissão é o contato direto, quer seja de uma criança a outra pela mão da equipe ou pelo contato físico direto com indivíduos colonizados ou infectados [4].

Nesse sentido, dentre as potenciais fontes de germes, causadoras de Infecção Hospitalar nas unidades neonatais, destaca-se a equipe de saúde [4].

Por esta razão, foram selecionadas duas práticas de controle de Infecção Hospitalar: a lavagem das mãos e o uso da luva de procedimento consensuadas pela portaria 2618/96 do Ministério da Saúde [1].

Por esse motivo, devido à importante relevância que o tema possui, a pesquisa justifica-se pelo fato de buscar avaliar se as medidas reconhecidas e consensuadas como de controle de infecção, são adotadas pela equipe que presta o cuidado direto aos neonatos, neste caso, a equipe de Enfermagem.

Fazendo um breve histórico sobre controle de Infecção Hospitalar, observa-se que as preocupações com adoção de medidas de controle de surtos começaram com o processo acelerado de industrialização, iniciado no governo de Juscelino Kubitschek, com ocorrência de surtos de estafilococos resistentes à penicilina, pelos relatos trazidos de países economicamente desenvolvidos. Estes estudos enfatizavam uma preocupação com medidas de cunho ambiental, procedimentos invasivos, assim como as técnicas assépticas [5].

Por essa razão, por volta de 1968, em concomitância com a implantação de um atendimento altamente tecnológico, surgiram as primeiras Comissões de Controle de Infecção Hospitalar do país. Na década de 80, começou a conscientização dos profissionais de saúde sobre essa temática.

O Ministério da Saúde criou, em 31/01/83, um grupo de trabalho, integrado por seus representantes, ao lado de membros do Ministério da Educação e da Previdência Social, que elaborou um documento normativo, gerando a portaria MS 196/83 que recomendava aos hospitais brasileiros a criação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e dava orientações de práticas sob as formas de anexos.

Após incessantes trabalhos e investimentos por parte do Ministério da Saúde, em 1997, foi criada a Lei Federal 9.431, de 06/01/97 que instituiu a obrigatoriedade da existência das CCIHs e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), definido como um conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais [5].

Em 13/05/98, a Portaria 2.616/98 foi criada, com diretrizes e normas, com objetivo de adequar as ações das CCIHs à nova legislação.

As normas mais utilizadas nos serviços fundamentam-se no "Guideline" do CDC de Atlanta e Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) – EUA, 1996. Conforme esse sistema, existem dois níveis de precaução: as precauções padrão (indicadas a todos os pacientes) e as precauções baseadas no modo de transmissão dos agentes infecciosos, que se subdividem nas precauções de contato e precauções respiratórias para gotículas e aerossóis [6].

Nessa pesquisa foram enfocadas as precauções padrões (PP), que são:

- Lavagem das mãos antes e após o contato com o paciente; após descalçar as luvas, pois as mãos podem ser contaminadas por pequenos furos nas luvas ou durante a sua remoção; após o contato com secreções e excreções, equipamentos e artigos contaminados. Tem como objetivo a remoção de sujidades e microorganismos transitórios, feito com água corrente, sabão ou detergente por um período de 10-15 segundos [7].
- Uso de luvas de procedimento sempre que houver possibilidade de contato com sangue, líquidos corpóreos, secreções e excreções, mucosa, pele não-íntegra, artigos, equipamentos e superfícies contaminadas.

Dessa forma, a lavagem das mãos conforme portaria ministerial 2616/98, em seu anexo IV, consiste na fricção manual vigorosa de toda superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão degermante, seguida de enxágüe abundante em água corrente. Completa ainda que esta consiste, isoladamente, na ação mais importante para a prevenção de infecções hospitalares. Enfatiza, também, que o uso das luvas não exclui a lavagem das mãos.

Tal fato se deve por essa ação remover a flora temporária das mãos, composta por microorganismos que, inabilmente, se multiplicam na pele e sobrevivem por curto período de tempo sendo facilmente removíveis com a lavagem das mãos; e, parte da flora residente, formada por microorganismos que se multiplicam e ficam estáveis e viáveis por longo tempo [8].

Objetivos

Avaliar a adoção de medidas de controle de Infecção Neonatal por parte da equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Público e de um Hospital Particular da cidade do Salvador.

Identificar possíveis fatores que influenciam na adoção das medidas de controle de infecção neonatal, em estudo, em um Hospital Público e em um Hospital Particular da cidade do Salvador.

Observar o impacto da sensibilização nas mudanças de posturas dos profissionais de Enfermagem em um Hospital Público e em um Hospital Particular da cidade do Salvador.

Materiais e métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, realizada no período de novembro a dezembro de 2005, cujo propósito é o de observar, investigar e demonstrar aspectos de uma situação, utilizando uma abordagem comparativa entre duas instituições hospitalares [9].

Campo de pesquisa

Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Público e de um Hospital Particular, ambos de médio porte, da cidade do Salvador.

A primeira consta de oito leitos de cuidados intensivos e dez de cuidados intermediários e, a segunda consta de oito leitos de cuidados intensivos e intermediários.

Método para a coleta

Foi utilizado um questionário para a caracterização dos sujeitos e um roteiro de observação não participante, que contemplavam questões sobre lavagem das mãos e uso de luva de procedimentos (Apêndice 1 e 2).

A etapa de observação precedeu a da aplicação do questionário com caracterizações dos sujeitos.

A observação das posturas dos profissionais de Enfermagem analisados ocorreu por uma semana, em turnos diferentes. Ao final de cada dia era solicitado às pessoas que tivessem interesse em participar do estudo que preenchessem o questionário, atendendo às especificações de garantia de sigilo conforme Resolução Conselho Nacional de Saúde 196/96 [10]. Houve um intervalo de uma semana, para a realização das sensibilizações. Para estas participaram os integrantes do estudo, assim como demais profissionais presentes no setor.

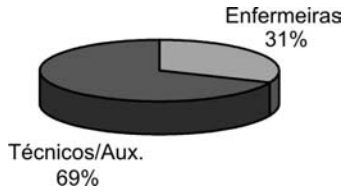
As sensibilizações foram realizadas no ambiente de trabalho, em intervalos entre cuidados de Enfermagem, a fim de obter o maior número de participantes possível. Para tanto foram utilizados panfletos (Apêndice 3), assim como demonstrações da técnica com a participação ativa do grupo. Houve intervalo de mais uma semana para realização de nova etapa de observações.

A pesquisa foi autorizada por meio de documento assinado pelas coordenações dos serviços onde se realizaram as coletas de dados, respeitando os princípios ético-legais de pesquisas realizadas com seres humanos.

Sujeitos

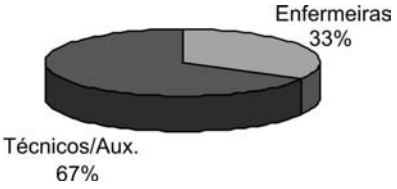
Foram observados dezesseis profissionais de Enfermagem, distribuídos nas Instituições Pública e Particular. Deste total, cinco eram enfermeiras e os demais técnicos e auxiliares de Enfermagem.

Gráfico 1 - Total de sujeitos da pesquisa.



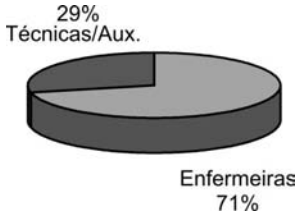
Na Instituição Pública foram observadas nove profissionais de Enfermagem, dentre as quais três eram enfermeiras. Destas, todas tinham mais de cinco anos de formadas e todas possuíam pós-graduação (duas em Neonatologia e uma em Administração Hospitalar). Todas possuíam vínculos com outras instituições particulares. Quanto às demais profissionais de Enfermagem, todas possuíam mais de dez anos de formadas e, apenas uma referiu possuir capacitação em Neonatologia e Clínica Médica.

Gráfico 2 - Sujeitos do Hospital Público.



Com relação ao Hospital Particular foram observados sete profissionais de Enfermagem, dentre os quais dois eram enfermeiras e os demais, técnicos e auxiliares. Destes, quatro possuíam entre cinco e dez anos de formados e, as demais, mais de dez anos.

Gráfico 3 - Sujeitos do Hospital Particular.



As enfermeiras possuíam especialização em Neonatologia e, as demais profissionais de Enfermagem, apesar de não terem respondido quanto à presença de capacitações, estão submetidas, constantemente, a palestras e treinamentos sobre medidas de controle de Infecção Hospitalar.

Resultados e discussão

Foi utilizada para a análise de dados a correlação entre os itens do roteiro de observação não-par-

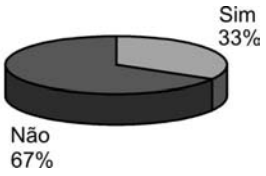
ticipante com os itens do roteiro de caracterização dos sujeitos, com o objetivo de buscar explicações para o comportamento dos profissionais nos dois grupos analisados, Público e Particular.

Nenhum dos profissionais possuía especialização em Infecção Hospitalar, desta maneira, não foi possível observar, se o conhecimento técnico-científico tem direta correlação com a adoção de práticas seguras.

Fazendo a descrição dos itens de roteiro de observação não-participante, (lavagem das mãos em tempo superior a 15 segundos, antes e após a realização de procedimentos e o uso da luva de procedimentos), foi evidenciado, na Instituição Pública, que todas as enfermeiras lavavam as mãos no tempo preconizado (15s), antes e após a realização dos procedimentos.

Nos demais participantes, técnicos e auxiliares de Enfermagem, há predominância da lavagem das mãos antes dos procedimentos, com exceção de um profissional. O tempo de lavagem das mãos foi insatisfatório (menor que 15s) nesse subgrupo, o que se caracterizou como lavagem insatisfatória das mãos, como pode ser observado a seguir.

Gráfico 4 - Lavagem adequada das mãos – Hospital Público.

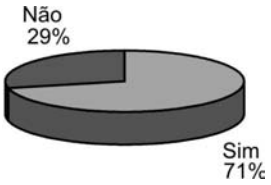


Com essa informação pode-se observar a diferença de comportamento das enfermeiras com relação aos técnicos/ auxiliares de Enfermagem. Diferença esta, que pode estar correlacionada com a influência das políticas de educação continuada em Instituições Particulares, já que todas as enfermeiras fazem parte dessas políticas por meio de outros vínculos empregatícios.

No Serviço Particular, grande parte dos profissionais de Enfermagem lavava adequadamente as mãos (em tempo preconizado, antes e após a realização de procedimentos), não havendo variação entre as categorias profissionais, como pode ser visto no gráfico 5.

O nível de educação dos profissionais de Enfermagem, ou a responsabilidade de profissional não parece ter qualquer efeito sobre a freqüência ou eficiência com que se lavam as mãos [7].

Gráfico 5 - Lavagem adequada das mãos – Hospital Particular.



A partir desta observação pode-se destacar o valor da estrutura organizacional para a adoção de medidas de Controle de Infecção Hospitalar.

A instituição tem importante papel no sentido de garantir condições seguras de trabalho, no que diz respeito à arquitetura que atenda às normas técnicas, com disposição adequada e quantidade suficiente de materiais de proteção individual e coletiva, assim como por meio de avaliação cuidadosa de hábitos e rotinas dos funcionários a fim de que sejam valorizados comportamentos seguros [7].

Assim as instituições devem apresentar políticas, normas e regulamentações estabelecidas por órgãos reguladores e consultivos como CCIH, demonstrando de que forma eles pretendem cumprir as metas. Desta maneira, estas devem ser conhecidas e aplicadas por todos dentro do serviço.

Os trabalhadores que não obedecerem aos planos, às normas e às regulamentações podem sofrer ações disciplinares [7].

Desta sorte, foi constatado nos resultados que, os profissionais de Enfermagem que lavam mais adequadamente as mãos, pertencem à Instituição Particular, onde existe um serviço da educação continuada presente.

É válido salientar, que no hospital particular existe uma CCIH atuante, com registros das taxas de infecção por unidade, das medidas de controle adotadas e supervisiona essas ações com a finalidade de garantir a sua efetividade.

Um fator de grande relevância no ambiente da estrutura organizacional particular é que esta dispõe de recursos humanos e materiais em quantidades suficientes, para que o trabalho transcorra apenas com as dificuldades corriqueiras do cuidado com pacientes críticos [7].

As iniciativas de segurança estão baseadas no reconhecimento de que empregados mais seguros e saudáveis sofrem menos estresse profissional e têm mais tempo para se concentrarem nas necessidades dos pacientes [7].

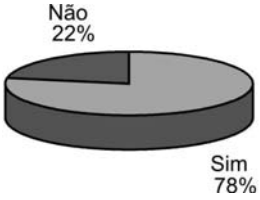
Isso pode ser verificado no hospital particular, onde são respeitados os números de prestadores de

cuidado de Enfermagem por número de pacientes, respeitando-se a Resolução do COFEn 189/96, de 15,4 horas de Enfermagem, por cliente na assistência intensiva, em uma proporção de 55,6% de Enfermeiros e 44,4% de Técnicos de Enfermagem [11].

No hospital público, devido ao maior número de pacientes por profissional, o nível de estresse torna-se maior, havendo maior tendência a não adoção de medidas de controle, especialmente quando não se dispõe de estrutura arquitetônica que favoreçam essas práticas.

Com relação ao uso da luva de procedimentos, no Hospital Público, somente uma pequena quantidade de profissionais de Enfermagem não utilizava a luva de procedimentos para os cuidados necessários aos neonatos.

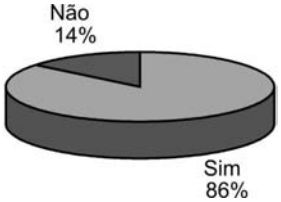
Gráfico 6 - Uso da luva de procedimento – Hospital Público.



Com relação à troca de luvas de procedimento para manipulação de outros equipamentos, tal só foi observado no grupo das enfermeiras, por apenas uma profissional.

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Particular um padrão semelhante foi encontrado, em que grande parte dos profissionais de Enfermagem usava luvas de procedimento.

Gráfico 7 - Uso da Luva de Procedimento – Hospital Particular.



Para tocar nos equipamentos, as pessoas não trocavam as luvas em ambos os hospitais estudados. Também, não foi observada a lavagem das mãos antes e após a troca das luvas.

Neste contexto é importante ressaltar o valor da lavagem das mãos após a retirada das luvas, pois os microorganismos proliferam nas mãos dentro do ambiente úmido das luvas, que freqüentemente podem ser danificadas durante os procedimentos [4].

Conforme observação dos dados, notou-se que os funcionários da Instituição Particular lavavam mais adequadamente as mãos que os da Instituição Pública, ou seja, antes e depois da realização de procedimento, em tempo igual ou superior a 15 segundos, sugerindo a importância dada pela estrutura organizacional Particular que investe em constantes treinamentos e capacitações.

No Hospital Público, os profissionais de Enfermagem que atenderam satisfatoriamente à análise de fatores em questão, estavam submetidos à cultura organizacional de serviços particulares, por meio de outros vínculos empregatícios. Tal fato supõe a importância da capacitação / conhecimento para prática de medidas de controle de Infecção Hospitalar.

Referente ao tempo de formação, observou-se na Instituição Particular que o profissional mais antigo foi aquele que melhor desenvolveu as condutas de controle analisadas neste estudo. Destacando-se que o mesmo possui apenas um vínculo empregatício. Isso pode, novamente, revelar a importância da cultura organizacional a qual está submetido o profissional.

Essa observação torna significativa a participação da cultura do Hospital Particular, que tem como política investimento no aperfeiçoamento de seus recursos humanos.

Não foram constatadas neste hospital diferenças no comportamento em profissionais de Enfermagem com maior ou menor tempo de formados.

Estas duas amostras foram submetidas a sensibilizações realizadas no setor, em dias alternados, para se observar a efetividade das ações educativas na mudança de posturas.

A importância da sensibilização

Observou-se, no presente trabalho, que seguidamente às sessões de sensibilização, realizadas no ambiente de trabalho, as profissionais de Enfermagem apresentavam posturas mais adequadas com relação às medidas de controle de Infecção Hospitalar estudadas.

Isso foi verificado, também, por Couto, em 1999, que pontuou que, durante as atividades de sensibilização e observação, os profissionais de Enfermagem apresentaram mudanças de postura [4].

Entretanto, conforme o mesmo, essas alterações de comportamento não foram verificadas após o término da supervisão, o que evidencia a

necessidade de ações continuadas das políticas da CCIH, para sensibilização desses profissionais de Enfermagem.

"Os treinamentos repetidos e os programas que fornecem o resultado do desempenho aos profissionais de Enfermagem são intervenções que melhoram esses resultados" [4].

Salienta-se, ainda, que os programas de adesão à lavagem das mãos deveriam ser implantados mais precocemente nas faculdades de saúde. Isso inclui a conscientização por meio do conhecimento dos riscos a que estão submetidos estes indivíduos e das conseqüências da não-adoção das medidas de controle [7].

Dificuldades da pesquisa

Alguns dos entraves apresentados pela pesquisa foram:

- a indisponibilidade de tempo para a realização de maior número de sensibilizações;
- indisponibilidade de tempo para a realização das observações por um período maior;
- o fato da presença dos observadores/ pesquisadores induzir a adoção das medidas de controle;
- Indisponibilidade de dados sobre as taxas de Infecção Hospitalar em período anterior à nossa pesquisa e na semana seguinte às sensibilizações para verificar os impactos da mesma.

Conclusão

As medidas de Educação Continuada e supervisão têm importante papel no sentido de promover adoção de medidas de controle de Infecção Hospitalar.

As ações de Controle de Infecção Hospitalar são muito mais amplas e complexas e, não incluem apenas medidas individuais, como foram abordadas ao longo deste estudo, apesar destas apresentarem indispensável valor. Incluem posturas organizacionais, políticas de sensibilização de todos os profissionais de Enfermagem da saúde, disposição de recursos físicos e materiais, programas de supervisão e avaliação das medidas implementadas, oferecimento de condições de trabalho justas, onde o profissional possa desenvolver suas atividades sem sobrecarga e estresse.

A divulgação e educação sobre as medidas de Controle de Infecção Hospitalar devem ser adotadas por todos os profissionais de Enfermagem da equipe de saúde e cuidadores/ genitores dos recém-nascidos, uma vez que uma atitude inadequada de algum deles pode comprometer todas as ações adotadas pelos demais profissionais de Enfermagem.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Ações de controle de infecção hospitalar. Portaria MS 2616/98 (Maio 13, 1998). Brasília: MS; 1998.
2. Segre C, Armellini PA, Marino WT. RN. 4a ed. São Paulo: Sarvier; 1995. 743 p.
3. Silva MP, Reis AT. A importância do toque ao RN pré-maturo: reflexões de familiares para uma prática humanizada. Enfermagem Brasil 2007;6(1):5-11.
4. Couto RC, Pedrosa TG, Nogueira JM. Infecção: epidemiologia e controle. 2a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. 749p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA, Curso básico de controle de infecção hospitalar: Caderno A: Epidemiologia para o controle de infecção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: caderno do aluno: Fundamentos da Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
7. Bolick D, et al. Segurança e controle de infecção. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2000. 368p.
8. Cerqueira AC, Viana AJSB, Tachard LMN. Lavagem das mãos: um desafio para as comissões de controle de infecção hospitalar. Salvador: UNEB; 2000. 65p.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2004.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 1996.
11. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 189/96.

Apêndice 1 - Roteiro para caracterização dos sujeitos

Identificação pessoal

a) Idade

( ) < 20 anos ( ) 20-30 anos ( ) 30-40 anos ( ) 40-50 anos ( )> 50 anos

Caracterização profissional

a) Profissão:

( ) Enfermeiro ( ) Técnico de enfermagem ( ) Auxiliar de enfermagem

b) Tempo de formado

( ) < 5 anos ( ) 5-10 anos ( ) >10 anos

c) Tempo de trabalho em neonatologia

( ) < 5 anos ( ) 5-10 anos ( ) >10 anos

d) Possui outro vínculo empregatício?

( ) não

( ) sim ( ) público

( ) privado

e) Possui pós-graduação ou capacitação?

( ) Não

( ) Sim. Em que área? (se possuir mais de uma informe, por favor)

Apêndice 2 - Roteiro de observação não-participante

	Identificação do sujeito	.... ( ) Público ( ) Privado
	Função	( ) Enfermeiro ( ) Técnico ( ) Auxiliar
antes da sensibilização	Atividades assistenciais: curativo/ higiene	
	Lavagem das mãos	( ) antes ( ) depois ( ) ambos
	Tempo de lavagem	( ) < 15 s ( ) >15 s
	Uso de luva de procedimento	( ) sim ( ) não
	Troca a luva durante o procedimento	( ) sim ( ) não
	Observações	
depois da sensibilização	Atividades assistenciais: curativo/ higiene	
	Lavagem das mãos	( ) antes ( ) depois ( ) ambos
	Tempo de lavagem	( ) < 15 s ( ) >15 s
	Uso de luva de procedimento	( ) sim ( ) não
	Troca a luva durante o procedimento	( ) sim ( ) não
	Observações	

Controle de Infecção Hospitalar Neonatal

Você sabia?

Que a principal fonte de infecção em recém-nascidos são os próprios recém-nascidos e a Equipe de Saúde através das mãos?

Fique de olho...

É correto lavar as mãos antes e depois do uso da luva de procedimento, pois a umidade dentro das luvas favorece o crescimento de microorganismos.

De olho nas mãos... Por quê?

Flora Transitória:

Microrganismos isolados ocasionalmente na pele que são rapidamente removidos pela lavagem ou anti-sepsia das mãos. Exemplos: alguns gram-negativos, tais como Escherichia coli.

Flora Residente:

Microrganismos persistentemente isolados da pele da maioria das pessoas. Eles são de mais difícil remoção e é necessária a fricção vigorosa durante a lavagem das mãos. Exemplos: Staphylococcus coagulase-negativos,

Quando lavar as as mãos?

- Chegando ao trabalho.
- Antes e após utilizar o banheiros.
- Após espirrar.
- Após tocar seus cabelos, rosto ou roupas.
- Após comer ou beber.
- Após tirar, ou antes, de colocar um novo par de luvas.
- Após lidar com equipamentos ou utensílios sujos.
- Toda vez que você mudar de tarefa – indo de uma coisa a outra, paciente para outro.

Como lavar as mãos?

- Molhe suas mãos com água corrente.
- Passe sabão e esfregue entre os dedos, nas costas das mãos e sob as unhas. Lave por, pelo menos, 20 segundos ou por quanto tempo durar a canção "Parabéns Pra Você" cantada duas vezes.
- Seque as mãos. Use folhas de papel descartáveis ou secador de mãos elétrico.
- Use uma toalha de papel para fechar a torneira.

Por quê?

Lavar as mãos é a melhor maneira de prevenir o desenvolvimento da infecção.

Você está no trabalho – Você está ocupado.
Suas mãos parecem estar limpas – Porém, não estão.
Em suas mãos encontram-se germes que podem deixar alguém doente.
Você pode ficar doente – Sua família pode ficar doente – Seus clientes podem ficar doentes.
Se você lida com RN, pacientes críticos, você tem que lavar suas mãos freqüentemente, as luvas devem ser trocadas.

A vida está em suas mãos: os bebês agradecem!

Enfermagem Brasil
Setembro / Outubro 2007;6(5)

Revisão

Os erros na administração de medicamentos e suas relações com os valores pessoais, a moral e a ética

Graziele de Lima Dalmolin*, Valéria Lerch Lunardi, D.Sc.**, Wilson Danilo Lunardi Filho, D.Sc.***

**Acadêmica de Enfermagem, ex-bolsista de Iniciação Científica CNPq, **Professora do Departamento de Enfermagem da FURG, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES), Orientadora, ***Professor do Departamento de Enfermagem da FURG, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES)*

Resumo

A administração de medicamentos é uma das ações mais comuns executadas pela equipe de enfermagem no ambiente hospitalar, porém suscetível da ocorrência de erros. Teve-se como objetivo conhecer o que a Enfermagem vem produzindo acerca da ocorrência de erros na administração de medicamentos, identificando os erros mais freqüentes, suas causas, conseqüências e medidas preventivas, relacionando-os com questões éticas. Utilizou-se como método a revisão bibliográfica, que consiste no levantamento e análise da bibliografia já produzida sobre o assunto. Selecionaram-se 20 artigos, após a coleta de fontes bibliográficas, seguindo-se a coleta de informações, através de leituras de interpretação e informação. Ao final, observou-se que grande parte dos erros está relacionada com problemas na prescrição, no preparo e administração dos medicamentos, muitas vezes, gerados por falta de atenção ou conhecimento, fazendo-se necessário diminuir medidas de caráter punitivo, transformando-as em ações educativas para os profissionais.

Palavras-chave: erros de medicação, enfermagem, ética.

Abstract

Mistakes in medication administration and their relationship with personal, moral and ethical values

The medication administration is one of the nursing procedures most performed in hospitals but it doesn't mean that mistakes don't occur. A study has been carried out aiming to find out what nursing researchers have been doing about those mistakes in the medication administration, by identifying the most usual mistakes, the causes, consequences and preventive actions, relating them with ethical issues. The used method was the bibliographic revision, which consisted of making a list of all literature produced on the subject up to now, and then submit it to an analysis. Twenty articles have been chosen after a research on bibliographical sources, followed by a gathering of information, which is the result of exhaustive readings of

Artigo recebido em 15 de outubro de 2007; aceito em 26 de outubro de 2007.
Endereço para correspondência: Valéria Lerch Lunardi, Rua Dr. Laviera, 167 Jardim do Sol 96216-040 Rio Grande RS, E-mail:vlunardi@terra.com.br

interpretative and informative literature. Finally, it has been observed that the most usual mistakes made were related to medication prescriptions as well as to the medication preparation and administration, most of them caused by distraction and lack of knowledge. In the face of that, it is necessary to reduce the punitive measures, turning them into educative actions for the nursing workers**.**

Key-words: medication administration mistakes, nursing, ethics.

Resumen

Errores en la administración de medicamentos y sus relaciones con valores personales, la moral y la ética

La administración de medicamentos es una de las acciones más comunes ejercida por el equipo de enfermería en el ambiente hospitalario, pero susceptible de errores. Este estudio tuvo como objetivo conocer qué estudios han realizado los investigadores en enfermería acerca de los errores que se producen en la administración de medicamentos, identificando los errores más frecuentes, sus causas, consecuencias y medidas preventivas, relacionándolos con cuestiones éticas. Se utilizó como método la revisión bibliográfica, que consiste en identificar y analizar todos los títulos que se hayan escrito sobre el tema. Después de recoger las fuentes bibliográficas y en seguida las informaciones, a través de lectura de interpretación e información, veinte artículos fueron seleccionados. Al final, se observó que gran parte de los errores están relacionados con problemas de prescripción, en el preparo y administración de los medicamentos, muchas veces, ocasionados por falta de atención o conocimiento, haciéndose necesario reducir medidas punitivas, transformándolas en acciones educativas.

Palabras-clave: errores de medicación, enfermería, ética.

Introdução

Atualmente, têm-se cada vez mais avanços tecnológicos, qualificação do ensino e maior liberdade nas relações interpessoais no trabalho. Entretanto, ainda ocorrem erros na prática da enfermagem que poderiam ser evitados, requerendo mais atenção e cuidado por parte dos seus profissionais, o que demonstra que há ainda muito que melhorar em relação à implementação de ações de cuidado aos pacientes.

Um destes erros está relacionado à administração de medicamentos, cuja grande incidência mostra-se como motivo de preocupação, especialmente por ser esta atividade assistencial uma das mais exercidas pela equipe de enfermagem. Para exemplificar e corroborar esta assertiva, apontamos os dados apresentados pelo relatório do Instituto de Medicina Americano, que refere que das 33,6 milhões de internações realizadas, no ano de 1997, em hospitais dos Estados Unidos, cerca de 44.000 a 98.000 americanos morreram, devido a este tipo de problema [1].

O Brasil, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ocupa a quinta posição mundial e o primeiro lugar na América Latina em consumo de medicamentos e o nono lugar no mercado mundial em volume financeiro. A Fundação Oswaldo Cruz estima em 24 mil as mortes anuais, no nosso país, por intoxicação medicamentosa [2]. Rozenfeld [3], através da análise do banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares/SUS dos anos de 1999 a 2002, identificou 3.421 casos de eventos adversos, equivalentes a 1,8 casos/1000 internações. Este número, embora abaixo dos patamares internacionais, porém, não é desprezível, por considerar o número de pessoas sob risco, uma vez que o uso de medicamentos durante a internação é prática generalizada.

Em virtude da possibilidade da ocorrência de erros na administração de medicamentos e das suas possíveis conseqüências para os sujeitos envolvidos, faz-se necessário o reforço dos valores pessoais, da moral e da ética, já que se vive em tempo de contradições: de um lado, notáveis desenvolvimentos nas ciências e técnicas e, de outro, profunda crise ética e moral, derivada da inversão de valores, que coloca o ser humano em segundo plano, em relação aos ideais políticos e econômicos, e não como seu centro [4].

No presente trabalho, valor é entendido como "uma crença duradoura em um modelo específico de conduta ou estado de existência, que é pessoalmente ou socialmente adotado, e

que está embasado em uma conduta preexistente" [5:15], podendo ser aprendido pela observação e experiência. Os valores sofrem modificações com o passar do tempo, pois, durante todo o processo de socialização do indivíduo, ocorrem transformações na formação educacional, socioeconômica, espiritual e cultural [6].

Em relação aos valores éticos e morais, levou-se em consideração que a formação ética do ser humano acontece associada ao seu desenvolvimento, apresentando a possibilidade de tornar-se ético, a partir da experiência de vida, denominada eticidade, que está na percepção dos conflitos da vida psíquica (emoção versus razão) e na condição de posicionar-se, de forma coerente, frente a esses conflitos. Já a moral instiga ao questionamento do que é correto ou incorreto, o que é uma virtude ou uma maldade nas condutas humanas. A moral apresenta três características: seus valores não são questionados, seus valores são impostos e a desobediência às regras pressupõe um castigo [5]. Então, valores, ética e moral regem o modo de uma pessoa agir e dão sentido à sua vida.

A prática da enfermagem exige que o profissional de enfermagem atue, conforme regras legais e éticas e que, ao mesmo tempo, mantenha-se fiel a um sistema de valores pessoais. Ou seja, a ética em enfermagem representa a aplicação de valores e princípios morais à sua prática profissional, sendo que estes se focalizam sobre o comprometimento que o profissional tem consigo próprio, com seus pacientes e com seus colegas de profissão [6,7].

Em relação aos erros humanos, pode-se dizer que se originam a partir de dois tipos de falhas: quando a ação está correta, mas não é executada como o planejado, devido a deslizes e lapsos – erro de execução; ou, quando a ação planejada não está correta, devido a enganos – erro de planejamento. Erro humano, então, é definido como uma ação planejada, visando a um resultado satisfatório, a qual, em um determinado contexto, resultou em um evento inesperado, diferente do objetivo delineado, podendo estar relacionado com equívocos no planejamento, no provimento ou na execução das ações [2].

Assim, é importante identificar as causas dos erros na atuação profissional. No presente estudo, na administração de medicamentos: se decorrentes de falhas do próprio profissional, cujos erros podem ser derivados da negligência, da imperícia, da imprudência e da falta de comunicação [8,10], ou se decorrem de problemas do próprio sistema de administração de medicamentos, no qual podem originar-se de falhas na sua prescrição, aviamento e distribuição, decorrentes da ausência da padronização da nomenclatura de fármacos [9]. Portanto, os erros na administração de medicamentos podem representar uma triste realidade no trabalho dos profissionais de saúde, com sérias conseqüências para si próprios, para os pacientes e para a organização hospitalar, repercutindo negativamente nos resultados institucionais, face aos indicadores relevantes da qualidade da assistência prestada aos pacientes hospitalizados [10].

Coimbra, Cassiani [11:57] referem que "é necessário que o processo de administrar medicamentos tenha algum significado para o enfermeiro, mais do que simplesmente um procedimento técnico, pois o fato de se privilegiar exclusivamente a responsabilidade técnica fortalece uma prática tecnicista e desumana, provendo uma assistência ao indivíduo e à sociedade aquém daquela de que são merecedores". Surge, então, um questionamento: terão os profissionais de enfermagem consciência da importância e complexidade das funções que exercem, visto que, muitas vezes, podem tratar suas atividades e seus pacientes com insuficiente respeito e dedicação?

Em vista da gravidade e da possível incidência de erros na administração de medicamentos, com este estudo, teve-se como objetivo realizar uma revisão bibliográfica para conhecer a produção científica da enfermagem, acerca da ocorrência desse tipo de erros, quais são os principais, suas causas e conseqüências, posturas diante dos erros cometidos e medidas preventivas, bem como as relações desse tipo de erros com questões éticas e possíveis lacunas nesta produção.

Materiais e métodos

Este estudo apresenta caráter recapitulativo, já que agrupa, analisa e debate informações que já foram publicadas. Ou seja, contém, além da documentação já escrita, uma reflexão pessoal. Portanto, como um trabalho de síntese, condensa o material encontrado sobre o assunto, em bases de dados e outros recursos, podendo ser denominado, então, como um resumo de assunto, que é a apresentação breve e exata de investigações já feitas até o momento, apresentando o tema e as diversas opiniões aceitas sobre ele, de forma completa.

Desse modo, para atender aos objetivos propostos, usou-se como estratégia para a realização deste estudo a revisão bibliográfica, utilizando-se dados de "documentos escritos originais primários". A coleta do material para a sua realização compreendeu duas etapas: primeiramente, a consulta de fontes bibliográficas, em que foi feito o levantamento da bibliografia existente; e, num segundo momento, a coleta de informações, na qual foi realizado o levantamento das soluções, dados, fatos e informações contidas na bibliografia [12:46].

Para uma revisão abrangente e profunda, buscou-se selecionar periódicos científicos, pelo levantamento em meio eletrônico e também manual. Foram realizadas buscas nos bancos de dados de Scielo e Google Acadêmico, de textos produzidos no período compreendido entre 1998 e 2007, através das palavras-chave: erros na administração de medicamentos, enfermagem e ética. Procedeu-se, também, à procura manual em acervos bibliográficos. Ao final da coleta, selecionaram-se vinte artigos. Depois do levantamento da bibliografia, foi realizada uma lista completa das referências encontradas, procedendo-se à sua análise, por meio de vários processos de leitura. Selecionado o conteúdo pertinente, foram confeccionadas fichas de apontamento [12].

As leituras foram realizadas de maneira criteriosa, buscando "captar o sentido das frases, dando aos termos a acepção intentada pelo autor, separando os conceitos básicos ou fundamentais dos que são acessórios, e as afirmações certas das que são objetivamente discutíveis" [12:93]. Desta forma, após a coleta dos dados, realização das leituras e fichamento dos artigos, realizou-se a categorização e análise dos dados obtidos e, então, a elaboração da reflexão final, buscando alcançar os objetivos propostos.

Resultados

A seguir, são apresentadas as categorias originadas a partir da análise do material bibliográfico encontrado sobre a ocorrência de erros na administração de medicamentos: "Os Erros na administração de medicamentos e seus tipos mais freqüentes"; "Principais causas dos erros na administração de medicamentos"; "Conduta da equipe frente ao erro"; "Conseqüências dos erros na administração de medicamentos"; "Medidas preventivas para o erro na administração de medicamentos".

Os erros na administração de medicamentos e seus tipos mais freqüentes

Os erros na administração de medicamentos são considerados eventos adversos passíveis de prevenção, podendo ou não causar dano ao paciente, com possibilidade de ocorrer em qualquer etapa no sistema de administração de medicamentos [8,9]. Podem ser classificados como: erros de omissão, administração de medicamento não autorizado, dose extra, relacionado à via, dosagem, horário, preparo, técnicas incorretas de administração, medicamentos deteriorados, prescrição e distribuição [8,13,14]. De acordo com o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), estes eventos ainda podem estar relacionados à prática profissional, produtos de cuidado de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição; comunicação; etiquetação, embalagem e nomenclatura; aviamento; dispensação; distribuição; administração; educação; monitoramento e uso.

A partir dos dados analisados, pôde-se constatar que os tipos de erros mais freqüentes na administração de medicamentos estão relacionados à prescrição médica, ao preparo do medicamento e à sua administração. Entre os erros relacionados à prescrição, citam-se como agravantes as prescrições incompletas, com o uso de abreviaturas, contendo informações equivocadas e, principalmente, com grafia ilegível. Estas situações podem originar sérios erros relacionados com a troca de medicamentos, pois, às vezes, medicamentos diferentes possuem nomes muito semelhantes, deixando os profissionais responsáveis pelo preparo e administração incertos e receosos quanto a este fazer [2, 8,15].

Já entre os erros que se relacionam com o preparo dos medicamentos, estão presentes, principalmente, aqueles relativos a doses e diluições [9,15,16]. Outros erros comuns e bastantes citados estão associados com a administração propriamente dita, podendo-se destacar um medicamento administrado no local incorreto, no horário incorreto ou na via incorreta [8,10,15]. Ainda, numa perspectiva ética, é importante que o profissional tenha uma posição ativa, sem que permaneça passivo diante das situações, apenas julgando-as como inevitáveis, e que tenha a iniciativa de identificar os erros e promover condições para transformações positivas no sistema [17].

Principais causas dos erros na administração de medicamentos

A quase totalidade da administração de medicamentos é uma atribuição da equipe de enfermagem, envolvendo aspectos éticos e legais. Suas principais causas estão relacionadas à falta de atenção – negligência e a falta de conhecimento – imperícia, podendo ser atribuídos também à falta de preparo do profissional, cansaço e estresse [8,18,19]**.** Ainda que não intencional, a ocorrência de erros decorrentes da negligência, imperícia e imprudência são formas culposas de crime, principalmente, se houver prejuízo moral ou físico, cabendo um processo civil [11].

Assim, os erros na medicação podem estar relacionados às deficiências da formação profissional e desatualização, quanto aos avanços tecnológicos e científicos; ao manejo de equipamentos; aos procedimentos desenvolvidos e ao sistema de administração de medicamentos como um todo. Em relação às condições de trabalho, responsáveis pelas situações de cansaço e estresse, foram identificadas a insuficiência de funcionários e sobrecarga de trabalho como geradores de erros [13,15,16], além dos problemas decorrentes de prescrições médicas incompletas e/ou devido a grafias ilegíveis [8,15,19].

Outras falhas comuns no sistema de administração de medicamentos dizem respeito à disseminação do conhecimento do medicamento, checagem da dose e características dos medicamentos, disponibilidade de informação do paciente, transcrição da medicação, padronização das doses e freqüências, entre outros. Isto indica que dificilmente o erro tem uma causa única [8,10], já que ocorre, na maioria das vezes, como resultado de múltiplos fatores e não por atos isolados [17]. Por isso, as investigações devem ser conduzidas, analisando o sistema de distribuição de medicamentos, métodos e instrumentos para detectar e avaliar os erros, buscando evitar o enfoque das causas dirigido exclusivamente para detectar falhas dos profissionais [9].

Conduta da equipe frente ao erro

No que se refere à conduta da equipe de saúde frente ao erro na administração de medicamentos, destacam-se atitudes de caráter comunicativo, já que, primeiramente, são realizados comunicados ao enfermeiro e médico responsável, para ciência e possível resolução do ocorrido. A seguir, geralmente, é feito um comunicado à chefia, para que tome as devidas providências. Porém, estas providências dirigem-se, principalmente, a punir o profissional que cometeu o erro e não para o desenvolvimento de estratégias que transformem essa situação em oportunidades de aprendizado [2,13]. Esta conduta leva a subnotificações, pois apenas 25% dos erros são notificados, geralmente, sendo aqueles que provocam algum tipo de dano ao paciente [20].

Corroborando essa assertiva, Rosa e Perini [21] afirmam que muitos paradigmas são desafiados, quando se fala em erros de medicação, pois os profissionais de saúde associam a ocorrência de falhas nas suas atividades à vergonha, perda de prestígio e, principalmente, ao medo de punições. Assim, de modo geral, o ambiente nas instituições de saúde não vem se mostrando propício para uma discussão franca sobre este assunto. Ou seja, quando algum acidente ocorre, a tendência é procurar escondê-lo e, quando isso não é possível, o foco é geralmente dirigido às pessoas, negligenciando-se a busca das causas sistêmicas do problema.

Conseqüências dos erros na administração de medicamentos

Para melhor elucidar as conseqüências dos erros na administração de medicamentos, expõe-se a classificação proposta por Carvalho e Cassiani [22], em estudo realizado em um hospital universitário do Estado de São Paulo, em que apontam as conseqüências para os pacientes e profissionais de enfermagem nas primeiras 24 horas e mais tardiamente. Nas primeiras 24 horas, os pacientes podem não apresentar nenhuma reação adversa do erro ou, então, apresentar modificações de suas condições gerais como, por exemplo, alterações na pele, níveis glicêmicos, condições respiratórias, cardiovasculares, renais e de rede venosa. Quanto às conseqüências tardias para os pacientes, estes podem evoluir e receber alta em boas condições, porém, se acarretou a presença de lesões, freqüentemente, poderá implicar o aumento no tempo de hospitalização.

Na categoria de conseqüências para os profissionais nas primeiras 24 horas, inserem-se intervenções extras de enfermagem para reverter o quadro apresentado pelo paciente, frente ao erro. Entre as conseqüências tardias para os profissionais, encontram-se as advertências verbal e escrita; a notificação da ocorrência; a orientação e até uma possível demissão. Como foi possível constatar, as

conseqüências para os profissionais, na maioria das vezes, são de caráter punitivo [8,18,21,22]. Assim, a possibilidade de punições pode gerar receios por parte dos profissionais em revelar ou documentar algum incidente, levando à omissão da ocorrência do erro, podendo colocar a vida e segurança do paciente em risco, ao privá-lo de cuidados imprescindíveis para a reversão dos efeitos de uma medicação inadequada.

Portanto, a notificação não deve ter como objetivo apontar culpados, mas buscar saber "onde, como, quando e por que" os erros estão ocorrendo para, então, promover ajustes necessários. Com isto, torna-se claro que a notificação de um erro não pode ser negligenciada, pois colabora na prevenção de futuros erros. É importante também que os profissionais adquiram valores como consciência e caráter, para que assumam suas responsabilidades e as possíveis conseqüências de suas ações [23].

Medidas preventivas para o erro na administração de medicamentos

Tendo em vista a prevenção de erros na administração de medicamentos, são descritos muitos cuidados em relação à prescrição de medicamentos, já que daí decorre grande parte da sua ocorrência, principalmente, em relação à ilegibilidade das prescrições. O National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) sugere medidas como: evitar o uso de abreviaturas; evitar prescrições vagas como "se necessário", devendo conter uma breve anotação, referindo-se ao propósito do medicamento; uso do sistema métrico, exceto quando utilizadas unidades padronizadas; inclusão de idade e peso, principalmente, no caso de crianças e idosos; e inclusão também de nome, dosagem e a concentração de medicamentos.

Uma outra estratégia bastante citada e importante para a redução dos erros na administração de medicamentos diz respeito às ações educativas para os profissionais envolvidos no sistema de medicação como a implementação de uma capacitação profissional, em que seja possível dar esclarecimentos e conhecimentos sobre este assunto, propiciando condições para que o profissional assuma uma postura correta, diante de cada caso [2,9,8,10]. A isto se segue o aumento de atenção, durante a preparação e administração do medicamento e, ainda, maior supervisão e avaliação do profissional [19].

Para Telles Filho e Cassiani [24], entretanto, cursos de atualização não são suficientes para erradicar os erros na administração de medicamentos, já que este é um processo multi e interdisciplinar, que exige dos indivíduos responsáveis por sua execução conhecimento variado, consistente e profundo. Portanto, avalia-se que o que está faltando aos profissionais de enfermagem é a reavaliação de seus valores, sua moral e, principalmente, sua conduta ética, ou seja, incorporarem à sua rotina maior comprometimento, competência, honestidade e responsabilidade, assim desenvolvendo segurança profissional, adquirindo a confiança dos colegas e pacientes e, essencialmente, respeitando o direito dos pacientes a uma assistência de qualidade.

Por fim, Coimbra [2] observou que, na administração de medicamentos, a responsabilidade ética e moral adquire maior importância na sua prática, ou seja, na relação interpessoal. Dar atenção e dispor de momentos para escutar as dúvidas, ansiedades e angústias dos clientes são demonstrações do agir ético e moral. Embora pequenas, representam um grande passo para a transformação de uma prática que visa um cuidar humanizado, servindo como prevenção e valorizando o desenvolvimento das competências profissionais e a qualidade dos cuidados, nas exigências éticas e morais [25].

Conclusão

Em vista dos resultados encontrados, pode-se dizer que a administração de medicamentos é uma das atividades de maior responsabilidade da enfermagem, porém vem apresentando a possibilidade da ocorrência de erros, que está relacionada, principalmente, aos problemas de prescrição, tendo como causas a falta de atenção e falta de conhecimento, o que traz graves conseqüências para pacientes, profissionais e instituição.

Pode-se dizer também que, após a ocorrência do erro e de sua explicitação, há maior atenção e cuidado com o paciente, pois este pode vir a apresentar reações adversas, enquanto que, em relação ao profissional, geralmente, são tomadas atitudes de caráter punitivo, o que pode conduzir ao medo e desencorajar o relato da ocorrência de erros. Esta conduta priva o paciente de receber os cuidados necessários e o próprio profissional de obter novos conhecimentos, podendo também perder a confiança por parte dos pacientes e colegas.

Portanto, avalia-se que é preciso romper com a cultura de punições, diante dos relatos das ocorrências dos erros na administração de medicamentos, transformando-os em ações educativas para os profissionais, pois a falta de conhecimento e de atualização nesta temática favorece a ocorrência de grande parte dos erros, no processo de administração de medicamentos. Isto ressalta a necessidade de educação permanente, como a implementação de uma capacitação profissional, na própria instituição de trabalho, em que é fundamental o papel da enfermagem, para que ocorra a instrumentalização e reflexão para um comportamento preventivo, de modo que os profissionais tenham condições de interpretar situações de risco e adotar posturas corretas diante da ocorrência de erros.

Ressalta-se ainda que, no processo de administração de medicamentos, há uma interação dos profissionais de enfermagem com outros profissionais de saúde, sendo fundamental a sua integração, dentre eles, médicos e farmacêuticos, para que seja possível desenvolver um trabalho em equipe, que tenha por objetivo a potencialização dos benefícios aos pacientes. Faz-se necessário, também, que todos os profissionais envolvidos na administração de medicamentos compreendam que seus valores e responsabilidades éticas e morais adquirem maior profundidade na relação interpessoal, na qual a compreensão e a valorização dos pacientes e do desenvolvimento de competências profissionais traduzem a possibilidade de diminuição dos erros e melhora na qualidade dos cuidados. Assim, é fundamental que os profissionais incorporem a suas rotinas mais comprometimento com os pacientes, com a comunidade e com o trabalho; competência para agir com autonomia e responsabilidade, desenvolvendo segurança profissional, adquirindo a confiança dos colegas e pacientes e, principalmente, respeitando o direito dos pacientes a uma assistência de qualidade.

Referências

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health care system. Washington DC: National Academy Press; 2000.
2. Coimbra JAH. Conhecimento dos conceitos de erros de medicação, entre auxiliares de enfermagem, como fator de segurança do paciente na terapêutica medicamentosa [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
3. Rozenfeld S. Agravos provocados por medicamentos em hospitais do Estado do Rio de Janeiro - Brasil. Rev Saúde Pública 2007;41(01):108-15.
4. Bellato R, Gaíva MAM. A cidadania e a ética como eixos norteadores da formação do enfermeiro. Rev Bras Enfermagem 2003;56(4):429-32.
5. Segre M, Cohen C. Bioética. São Paulo: EDUSP; 1995.
6. Potter PA, Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática – Clínica e prática hospitalar. 3a ed. São Paulo: Santos; 2002.
7. Cabral IE. Administração de medicamentos – Revisão técnica. Rio de Janeiro: Reichmam e Affonso; 2002.
8. Silva AEBC, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: Uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. Rev Eletrônica Enferm 2004;06(02). [citado 2006 Dez 12] Disponível em URL: http://www.fen.ufg.br.
9. Cassiani SHB. Erros na medicação: Estratégias de prevenção. Rev Bras Enfermagem 2000;53(03):424-30.
10. Carvalho VT. Erros na administração de medicamentos: Análise dos relatos dos profissionais de enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.
11. Coimbra JAH, Cassiani SHB. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. Rev Latinoam Enfermagem 2001;09(02):56-60.
12. Salvador AD. Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica, elaboração e relatório de estudos científicos. 11a ed. Porto Alegre: Sulina; 1986.
13. Souza LO, Carvalho APS, Chianca TCM, Freitas MEA, Ricaldoni CA. Classificação de erros de medicação ocorridos em um hospital privado de Belo Horizonte. REME Rev Min de Enferm 2000;04(1/2):02-08.
14. National Coordinating Council for Medication Error Reporting Prevention (NCCMERP). Rockville, United States Pharmacopoeia [online]; 2002; [citado [citado 2006 Dez 12]. Disponível em: URL: http://www.nccmerp.org/aboutmederros.
15. Silva AEBC. Análise do sistema de medicação de um Hospital Universitário do estado de Goiás [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP; 2003.
16. Otero López MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. Rev Esp Salud Publica 2003;77(05): 527-540.
17. Pedreira MLG, Peterlini, MAS, Harada MJCS. Erros de Medicação: aspectos relativos à prática do enfermeiro. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR, ed. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006. p.123-48.
18. Oguisso T. Trajetória histórica e legal da enfermagem. São Paulo: Manole; 2005.
19. Carvalho VT, Cassiani SHB, Chiericato C, Miasso AI. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. Rev Latinoam Enfermagem 1999;7(5):67-75.
20. Peterlini MAS, Pereira MLG. Os erros humanos: abrangência e tipos. In: Harada MJCS, Pedreira

MLG, Peterlini MAS, Pereira SR, ed. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006. p.19-26.
21. Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? Rev Assoc Med Bras 2003;49(03):335-41.
22. Carvalho VT, Cassiani SHB. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: Um estudo exploratório. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(4):523-29.
23. Barreto MNCB, Kuramoto JB. A bioética e o erro humano. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira, SR, eds. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006. p.61-68.
24. Telles Filho PCP, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. Rev Latinoam Enfermagem 2003;12(03):533-40.
25. Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. Humanização no ambiente hospitalar à luz da política de humanização da assistência à saúde. Enfermagem Brasil 2005;4(4);227-31.

Relato de caso

As variações comportamentais dos idosos: desafio da enfermeira no processo saúde-doença

Elisabeth Gomes de Melo Sant'Ana, M.Sc.*, Célia Antunes C. de Souza, D.Sc.*, Florence Romijn Tocantins, D.Sc.*

Enfermeiras, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Resumo

Estudo de caso descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como objetivos sensibilizar as enfermeiras à reflexão das necessidades emocionais dos idosos, durante a hospitalização, e estimular os idosos às relações interpessoais em grupo. O estudo foi realizado através da observação não participante com idosos acima de 65 anos internados em uma Unidade de Pacientes Clínicos e Cirúrgicos, em um hospital público da cidade do Rio de Janeiro. Observou-se que, durante a ausência dos familiares, os idosos apresentavam alterações comportamentais que poderiam interferir no processo saúde-doença. Ao serem estimulados pela enfermeira à interação com os demais idosos internados, durante O Banho de Sol, expressavam mudanças satisfatórias de comportamento, exteriorizando bem-estar. Assim, pensamos que a enfermeira necessita estar disponível para o envolvimento e o compromisso, durante o processo de relação interpessoal.

Palavras-chave: enfermeira, idosos, comportamento, processo saúde-doença.

Abstract

Behavioral changes in elderly – nurse challenge in health-disease process

This is a descriptive case study, with a qualitative analysis having as aims to sensitize nurses to reflection upon elderly emotional needs during hospitalization and to encourage them to group interpersonal relationships. The study was based on a non-participating observation of elderly over 65 years who are under a clinical or surgical treatment during hospital internment in a public hospital in the city of Rio de Janeiro. It was observed that during relatives' absence they presented behavior changes that could interfere in the health-illness process. When stimulated by nurses to interaction activities with the other inpatient elderly during the sunbathing, they expressed satisfactory attitudinal changes externalizing well-being. This way, we think that the nurse needs to be available to involvement and commitment during the interpersonal relationship process.

Key-words: nurse, aged, behavior, health-disease process.

Artigo recebido em 01 de fevereiro de 2007; aceito 19 de outubro de 2007.
Endereço para correspondência: Elisabeth Gomes de Melo Sant'Ana, Rua Apodi, 120, Bento Ribeiro 21331-380 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 2464 5404, E-mail: biabeth@bol.com.br

Resumen

Alteraciones comportamentales en personas mayores: desafío de la enfermera en el proceso salud-enfermedad

Estudio de caso descriptivo, con abordaje cualitativo, que tiene como objetivos sensibilizar las enfermeras a reflexionar sobre las necesidades emocionales de las personas mayores, durante la hospitalización, y estimularlos a tener relaciones interpersonales en grupo. El estudio fue basado en la observación no participante con mayores de 65 años internados en una unidad de pacientes clínicos y quirúrgicos, en un hospital público de la ciudad de Rio de Janeiro. Se observó que, durante la ausencia de los familiares, los mayores presentaban alteraciones comportamentales que podrían interferir en el proceso salud-enfermedad.

Palabras-clave: enfermera, anciano, conducta, proceso salud-enfermedad.

Introdução

O trabalho com idosos traz oportunidade à enfermeira de desenvolver atividades práticas e aprimorá-las no dia a dia. Essa prática, quanto mais vivenciada no exercício cotidiano propicia destreza, habilidade e segurança. Entretanto, para cuidar de pessoas hospitalizadas, especialmente idosas, necessita-se de interação psicológica, social e espiritual no relacionamento. A busca por esta interação e pelas relações afetivas com o outro independem da idade cronológica, porém, nesta fase da vida, percebe-se a necessidade de sua valorização, a fim de compreender os fatores que determinam as condições de saúde do indivíduo idoso.

O momento inicial da internação hospitalar apresenta muitas vezes um idoso fragilizado pela separação de seu ambiente domiciliar e ansioso de suas necessidades serem levadas em consideração. Essas limitações de espaço e ansiedade podem ser esclarecidas e explicadas pela enfermeira através da orientação. É a fase identificada por Peplau em que há o estabelecimento de um vínculo fortalecido entre o paciente e a enfermeira, na qual as preocupações estão sendo identificadas [1].

Durante o período de hospitalização, observamos que determinados idosos apresentavam alterações de comportamento: abatimento, tristeza, apatia e sensação de abandono, sendo necessária a intervenção da enfermeira para que não se tornassem prejudiciais à continuidade e ao sucesso do tratamento. Surge, então, a necessidade de identificar por que tais alterações comportamentais ocorriam.

Ao iniciarmos o estudo, observava-se que, durante o horário noturno, com a permanência de um familiar, os idosos apresentavam-se calmos, participativos e cooperativos, fatos que contribuíam para a continuidade do tratamento e, conseqüentemente, para o seu bem-estar. Quando solicitados a verbalizarem suas necessidades, as respostas eram: "está tudo bem", "não preciso de nada", entre outras semelhantes. Em busca da confirmação dessas respostas, foram consultados prontuários, a fim de obter registros diferenciais pela equipe de enfermagem ou por outros profissionais e nenhum relato foi encontrado. Esse fato nos surpreendia, tendo em vista o imaginário popular que mistifica o horário noturno, no qual há intensificação de medo, angústia e ansiedade.

Durante o período diurno, os familiares dos idosos ausentavam-se da Unidade e só retornavam à noite. Essas ausências eram justificadas pela necessidade de participação em alguma atividade laborativa, compromissos de estudos, dentre outros. Neste momento, observava-se que apresentavam alterações comportamentais. Quando questionados a verbalizarem suas necessidades, não sabiam como descrevê-las. Para os idosos, a permanência constante do familiar significava ser valorizado, ter alguém que se preocupava com ele.

Tendo em vista a complexidade de diagnósticos diferenciados na Unidade, observamos que a separação, embora momentânea, ocasionava desinteresse na continuidade do tratamento, prolongamento do tempo de internação e necessidade de intervenção de outros profissionais de saúde. Na ausência dos familiares, o autocuidado não era valorizado, sendo necessária a intervenção da enfermeira, a fim de que essa prática não se instalasse de forma negativa em prejuízo da saúde do grupo. Entende-se o autocuidado como o desempenho ou práticas que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar [2].

Os idosos internados fazem jus ao direito estabelecido no Estatuto do Idoso, capítulo IV, artigo 16 que diz: Ao idoso internado ou em observação,

é assegurado o direito ao acompanhante [3]. Essa prática era a cada internação incentivada pela equipe de enfermagem, devido a Unidade ser composta de quartos individuais com acomodações para o acompanhante.

Na passagem de plantão pela manhã, percebíamos o quanto era prazeroso a nossa visita. Ao estabelecer esta relação cada participante percebe o outro como ser humano único [4] e desta forma eram dissipados o medo, a angústia e a tristeza. Verbalizavam suas expectativas, após a alta, relatavam experiências de vida e a convivência com os familiares. A interação enfermeira-paciente era estabelecida e fazia-se necessária para que esse comportamento se mantivesse de forma positiva.

Objetivava-se com este estudo sensibilizar os enfermeiros a uma reflexão da importância das necessidades emocionais dos idosos e estimular as relações interpessoais entre os idosos.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caso de cunho descritivo com abordagem qualitativa, no qual toda investigação é sempre aproveitável no futuro, na alteração efetiva de práticas inoperantes [5]. Este estudo foi realizado em uma Unidade de Internação de Pacientes Clínicos e Cirúrgicos de um Hospital Geral da Rede Pública da cidade do Rio de Janeiro. Para a elegibilidade dos sujeitos, foram selecionados idosos de ambos os sexos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos. Para a coleta dos dados, optamos pela observação não participante, que permite ao pesquisador ver o mundo como os participantes o vêem, extraindo seus significados [6]. As observações ocorreram entre os meses de dezembro de 2003 a junho de 2004.

O Banho de Sol

Como profissional de saúde, a enfermeira deve ser capaz de perceber e intervir na comunicação com o paciente idoso. Deve ser capaz de refletir suas ações, a fim de sensibilizar-se para a importância da afetividade e das emoções de cada idoso. E, para o idoso, este é o momento no qual a segurança e a confiança no relacionamento podem ser estabelecidas. A solução encontrada para interagir desses idosos foi o agrupamento dos mesmos em um espaço físico da unidade para um "Banho de Sol".

O Banho de Sol foi incentivado na Unidade, a fim de aproximar os idosos, durante o período de ausência dos familiares. Por não disponibilizarmos de profissionais para o atendimento a cada quarto, individualmente buscou-se estimular os idosos ao Banho de Sol em um espaço amplo da Unidade, com vista para a Baía de Guanabara.

A proposta inicial era que o tempo de permanência no local fosse de, pelo menos, trinta minutos, período em que informávamos ser necessário para a limpeza do espaço físico e troca de roupas de camas. Percebíamos que, desta forma, iniciavam a verbalização com os demais idosos, que se aproximavam a cada momento, estabelecendo uma relação cordial. Aos poucos, o banho de sol tornou-se rotina na Unidade e todos solicitavam a participação.

O autocuidado, logo cedo, pela manhã, era realizado por eles ou com a ajuda dos familiares, antes de ausentarem-se, a fim de não perderem tempo para juntarem-se ao grupo. Assim, o comportamento desses idosos modificava-se a cada dia. O apoio, o incentivo e o reconhecimento da enfermeira são percebidos pelos idosos que respondem com a participação no grupo, exercitando uma gama de sentimentos positivos e sensações que ainda desejam vivenciar. A enfermeira está diretamente relacionada ao controle das reações pessoais aos problemas de saúde que pode ser prevenção de problemas em cliente de risco [7].

Resultados e discussão

Em poucos dias, houve a interação do grupo, mudança de comportamento e troca de experiências. As mulheres ensinavam crochê, receitas culinárias e utilizavam jogos lúdicos para passarem o tempo. Os homens conversavam sobre os mais diversos assuntos e também participavam dos jogos. Isso dá mostras de que, como qualquer pessoa, os idoso têm necessidade de participar das atividades de lazer, para não se sentirem sozinhos [8].

Os familiares, cientes dessas atividades e percebendo as mudanças positivas, nos solicitaram a permissão de instalarem um televisor no ambiente, a fim de que esses idosos pudessem assistir juntos as programações desejadas e foram prontamente atendidos. O compartilhar das atividades em grupo trouxe para esses idosos a satisfação pessoal de viver e a melhora do humor. Pôde-se observar nesse momento as mudanças positivas no comportamento desses idosos e refletir que a interação enfermeira-idoso requer envolvimento e compreensão da condição humana.

A enfermeira e o idoso no processo saúde-doença

Um dos objetivos da enfermeira é identificar as causas e também os sintomas [9]. Mas não se resume somente a isso. Ela deve interagir com o grupo, de modo a contribuir para motivação desses idosos em assumir seus potenciais e colaborar com a promoção do seu bem-estar.

Portanto, a enfermeira com sua formação holística é a profissional capacitada a perceber as variações e necessidades humanas específicas de cada idoso. Entretanto, percebe-se no cotidiano que, apesar desta formação, direciona suas ações para a prática exclusiva do cuidado, que contempla somente o seu aspecto biológico, pelo qual passa a ser valorizada pelos demais profissionais que associam a "apresentação" do cliente à capacidade de cuidar da enfermeira.

A ausência dos familiares, no período diurno, possibilitava o idoso a reflexão sobre sua importância na família e o grau de dependência que mantinham. Desse modo, o conhecimento da enfermeira faz-se necessário sobre as necessidades emocionais do idoso, de sua subjetividade e da percepção que ele tem de si mesmo e do mundo em que vive. A prática do Banho de Sol possibilitou a participação efetiva do grupo, desenvolvendo o bem-estar representado pela demonstração de confiança, melhora no humor e iniciativa. Isso corrobora a assertiva de que o indivíduo começa a sentir-se parte integrante do ambiente de auxílio e dá início ao controle da situação, extraindo ajuda dos serviços oferecidos [10].

Bem-estar emocional ou psicológico refere-se ao estado da mente, incluindo sentimentos de felicidade, contentamento e satisfação com as condições da própria vida [11]. Ao serem motivados à inserção no grupo, foram constatadas as várias razões pelas quais eles procuravam participar: a interação com pessoas da mesma idade e o partilhar de sentimentos como afeto, amor e alegrias, fortalecendo suas emoções. Resgatavam, assim, sua vaidade, o prazer e a satisfação de poder estar com outras pessoas que vivenciavam experiências semelhantes e, ainda, fortaleciam os laços de amizade.

Conclusão

A realização do estudo na Unidade de Internação de Clientes Clínicos e Cirúrgicos proporcionou a enfermeira pesquisadora a percepção das alterações comportamentais dos idosos e a busca de soluções para a exclusão dessas alterações. Pode-se observar que os sentimentos vivenciados pelos idosos necessitavam de valorização, por parte da enfermeira, objetivando a boa qualidade de vida.

Os resultados obtidos foram maior integração desses idosos, que passaram a manifestar o desejo de participarem diariamente do Banho de Sol, efetivando a participação no processo de inter-relação pessoal. Os trinta minutos sugeridos pela enfermeira, inicialmente, foram ampliados pelos idosos, por sentirem a necessidade de fazerem companhia uns aos outros.

A enfermeira percebe que o paciente não deve ser cuidado somente no aspecto biológico, mas que deve ser motivado a um comportamento que o leve ao bem-estar. Através dessa percepção, buscaram-se soluções com a participação do grupo, eliminando assim o processo de exclusão internalizado por eles. Dissipando-se a ansiedade vivenciada pela ausência momentânea dos acompanhantes, estabeleceu-se um fortalecimento do seu "eu".

O compartilhar de idéias entre indivíduos de diversos níveis sociais e culturais os fizeram perceber que a ansiedade vivenciada pela separação momentânea de seus familiares pode ser superada pelas trocas de vivências e experiências de vida uns com os outros. Essas relações se modificam à medida que os clientes e suas famílias evoluem ao longo do processo saúde-doença [12]. Para tanto, a enfermeira necessita estar disponível para um envolvimento e compromisso com o outro e só com autoconhecimento é que será capaz de avaliar seus pensamentos e sentimentos durante o processo de interelação pessoal.

Referências

1. Peplau HE. Teoria da relação interpessoal. In: George JB, et al. Teorias de Enfermagem. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
2. Orem DE. Teoria do Autocuidado. In: George JB, et al. Teorias de Enfermagem. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programas e projetos: Política Nacional do Idoso [online]. [citado 2006 Dez 12]. Disponível em: URL: http://www.saúde.gov.br/programas/idoso/htm.
4. Travelbee J. Intervention in psychiatric nursing: process in the one to one relationship. Philadelphia: Davis; 1972.
5. Ayala EZ Lamera JC. Considerações básicas sobre a pesquisa. In: Cadernos do CPGE. Santa Maria: Centro de Educação – UFSM; 1989. p. 1-277.

6. Polit D, Beck C, Hungler B. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. São Paulo: Artmed; 2004.
7. Nunes AMP. Concepções sobre o processo saúde-doença na enfermagem ciência e arte. Texto e Contexto 1996;5(1):34-35.
8. Saldanha AL, Caldas CP, ed. A saúde do idoso: a arte de cuidar. 2a ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.
9. Leddy S, Pepper JM. The Health Process. Philadelphia: Lippincott; 1985.
10. Peplau HE. Teoria da inter-relação pessoal. In: George JB et al. Teorias de Enfermagem. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
11. Nunes AMP. Concepções sobre o processo saúde-doença na enfermagem ciência e arte. Texto e Contexto 1996;5(1):34-35.
12. Néri AL. Desenvolvimento e envelhecimento; perspectivas biológicas e sociológicas**.** Campinas: Papirus; 2001.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (*Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, *N Engl J Med.* 1997;336(4):309-315) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são resumidas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), http://www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2001.

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3.Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
Jean-Louis Peytavin
Atlantica Editora
Rua da Lapa, 180/1103 - Lapa
20021-180 Rio de Janeiro RJ
Tel: (21) 2221 4164
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

2007

Novembro

30 e 31 de novembro
V Congresso Brasileiro de Enfermagem em Urologia
Centro de Convenções da Bahia - Salvador.
Informações: (11) 3062-1722
E-mail: uro2007@somaeventos.com.br

Dezembro

3 a 7 de dezembro
59º CBEn - Congresso Brasileiro de Enfermagem
Centro de Convenções Ulysses Guimarães
Brasilia, DF
www.aben-df.com.br

2008

Março

13 a 16 de março
Simpósio Cearense Multidisciplinar Cardio-Respiratória Pulmonar
Ponta Mar Hotel
Fortaleza, CE
Tel: (85) 3272-4144

Abril

29 a 01 de abril
V CONAENF – Congresso Nacional de Enfermeiros Hospital das Clínicas – FMUSP
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo - SP
E-mail: bleventos@uol.com.br

17 a 19 de abril
2º SITEN - Simpósio Internacional Sobre o Trabalho em Enfermagem
Foz do Iguaçu, PR
Informações: www.aben-pr.org.br

Junho

24 a 26 de junho
8º Congresso de Stress da ISMA-BR
Porto Alegre - RS
Informações: (51) 3222-2441

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 6 número 6 - Novembro / Dezembro de 2007

EDITORIAL

Por que a especialização em enfermagem na área de dermatologia?
Nadia Antonia Aparecida Poletti 339

ARTIGOS ORIGINAIS

A compreensão de profissionais de saúde sobre educação em saúde e sua expressão no processo de trabalho com adolescentes gestantes, Verônica Caé da Silva, Cláudia Regina Menezes da Rocha Poças, Tamara Juçara Figueirôa Oliveira 340

Perfil sociodemográfico, percepções e sentimentos de cuidadores informais vinculados a programas de assistência domiciliar, Fabiana Rangel Marques, Zaida Aurora Soler, Marcia Galan Perroca 348

Ações de educação em saúde sobre planejamento familiar: novas perspectivas para a comunidade Cachoeiro do Município Sobral – CE, Adriano Ferreira Martins, Denise Tomaz Aguiar, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas 356

Aspectos éticos e implicações legais das infrações notificadas no COREN/RJ entre os anos 2000 e 2005, Elaine Cortez, Iule Maria de Souza Castro, Josimere de Fátima Almeida Sales, Pamela Andrade Almeida, Patrícia Coutinho Uchoa da Silva, Thiago Gomes do Carmo 364

REVISÃO

Estudo bibliométrico da produção científica brasileira de enfermagem na assistência ao paciente com lesão medular, Camila Gelako Santos, Fernanda Sakamoto, Adriano Menis Ferreira 373

RELATO DE CASO

Tratamento tópico de úlcera venosa, Martha Theresa de Lima Dondeo, Nádia Antonia Aparecida Poletti, Adriana Pelegrini dos Santos Pereira, Adriano Menis Ferreira 379

ATUALIZAÇÃO

Uma abordagem alternativa na pesquisa em história da enfermagem: o jornal como fonte, Almerinda Moreira, Daniela Gomes de Souza, Gisele Sá Freire Dias 385

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 390

CALENDÁRIO DE EVENTOS 392

CURSO DE ENFERMAGEM 2007

Urgências e Emergências, Jean Louis Peytavin
V – Atendimento na parada cardiorrespiratória 393

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem - IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UniRio – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UniRio – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)

Rio de Janeiro
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164 / 2517-2749
atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

São Paulo
Rua Teodoro Sampaio, 2550/cj15
05406-200 – São Paulo – SP
Tel: (11) 3816-6192

Recife
Monica Pedrosa Miranda
Rua Dona Rita de Souza, 212
52061-480 – Recife – PE
Tel.: (81) 3444-2083 / 9204-0346
atlanticarecife@atlanticaeditora.com.br

Assinaturas
1 ano: R$ 175,00
Rio de Janeiro: (21) 2221-4164
São Paulo: (11) 3361-5595
Email: melloassinaturas@uol.com.br
Recife: (81) 3444-2083

atlântica editora

Editor executivo
Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Publicidade e marketing
René Caldeira Delpy Jr.
rene@atlanticaeditora.com.br

Gerência de vendas de assinaturas
Djalma Peçanha
djalma@atlanticaeditora.com.br

Editoração e arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Atendimento ao assinante
Vanessa Busson
vanessa@atlanticaeditora.com.br

Redação e administração
Todo o material
a ser publicado
deve ser enviado para
o seguinte endereço:

artigos@atlanticaeditora.com.br
ou
Atlantica Editora - Artigos
Rua da Lapa, 180/1103
20021-180 – Rio de Janeiro – RJ
Tel/Fax: (21) 2221-4164

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Fisiologia do Exercício, Neurociências, Nutrição Brasil MN-Metabólica.***

Fotos da capa: *Tanamara Pinto de Andrade Enfermeira chefe geral; Adriana Maria Rodrigues Antonio, Enfermeira chefe CTI; Valeria Abrahão, Chefe CTI; 0Claudia Cristina de Oliveira e Paula Alves Lemos Ferreira, Enfermeiras CCIH; Adriana Bezerra da Silva, Flávia Maria Lopes Cotrim e Regina Maria França Pinheiro, Técnica de Enfermagem, do Hospital Ipanema Plus do Estado do Rio de Janeiro.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

Por que a especialização em enfermagem na área de dermatologia?

*Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti**

A imagem de enfermeiras prestando assistência a soldados feridos demonstra que a preocupação deste profissional na área de cuidados com a pele é antiga e deixa clara a importância de sua atuação no cuidado a feridas. Historicamente a enfermagem desempenha sua prática em muitas situações sem se preocupar com a fundamentação científica, de modo que os mitos, as tradições e a obediência à hierarquia imposta pelo poder institucional levam o enfermeiro a não questionar a validade de suas ações. Porém numa era em que o cliente exige cada vez mais a responsabilidade dos profissionais, nos resultados de suas ações, o enfermeiro precisa ter conhecimento e habilidade para que o cuidado de enfermagem seja eficiente e seguro.

Em um grande número de instituições de saúde, o enfermeiro cuida de feridas complexas, no entanto a dimensão do envolvimento no aspecto direcional do cuidado a lesões é mal definida, porém, estes estão gradualmente organizando uma abordagem sistemática e terapêutica para a pele e cuidados com feridas, como uma atividade autônoma da enfermagem.

A prática de cuidados a pacientes portadores de feridas precisa ser vista como uma especialidade dentro da enfermagem, e ao mesmo tempo é um desafio que requer conhecimento especifico, habilidade e uma abordagem holística. Todo processo de cicatrização apesar de sua natureza ocorre por um período. O sucesso do final da cicatrização depende, em geral, de quais medidas foram tomadas para o indivíduo durante esse tempo. O enfermeiro deve estar consciente da importância de seu papel e de sua influência em relação à cicatrização, que deve ser cuidadosamente entendida e ativamente acompanhada.

Para tanto é essencial que realize as seguintes ações: avaliação meticulosa da ferida e do paciente, assistência de enfermagem fundamentada cientificamente, sugestões ativas para modificações no tratamento e no cuidado, orientações práticas, úteis e oportunas sobre a ferida e seus cuidados ao paciente e sua família, assim como o apoio a ambos durante todo o processo de cicatrização.

Existem ainda alguns rituais e mitos presentes na prática do dia a dia como: esfregar a ferida com loções anti-sépticas, utilizar uma grande variedade de loções e produtos para remover tecido necrótico, combater infecção e promover a cicatrização. Estas ações têm origem na mitologia de enfermagem e o resultado é a propagação ao longo dos anos até a atualidade de métodos e substâncias que não tem demonstrado valor e o que é pior, alguns destes recursos já são considerados nocivos.

Atualmente existe no mercado uma variedade de novas coberturas para o tratamento de feridas. Os enfermeiros precisam realizar uma seleção desses produtos baseados em conhecimentos científicos, do processo de cicatrização, organizar comissões estratégicas de avaliação de novos produtos, testá-los adequadamente, para comprovar sua eficácia com achados de pesquisa firmemente conduzidos, conhecer produtos que reduzem o desconforto e avaliar a relação custo/beneficio.

Tais conhecimentos devem ser construídos de maneira a proporcionar uma abordagem direcionada e precisa da indicação terapêutica, potencializando e assegurando resultados efetivos, distantes de causar riscos à saúde. Neste contexto o curso de especialização em Enfermagem em Dermatologia prepara o enfermeiro para oferecer melhores resultados durante o exercício profissional, menores riscos e cuidados especialmente direcionados ao bem-estar e à melhora da qualidade de vida dos pacientes e familiares.

** Profª Drª em enfermagem pela EERP USP, chefe do departamento de Enfermagem Geral da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP-SP), coordenadora do curso de pós-graduação lato sensu em Enfermagem em Dermatologia da FAMERP.*

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2007;6(6)

Artigo original

A compreensão de profissionais de saúde sobre educação em saúde e sua expressão no processo de trabalho com adolescentes gestantes

Verônica Caé da Silva*, Cláudia Regina Menezes da Rocha Poças, M.Sc.**, Tamara Juçara Figueirôa Oliveira***

**Especialista em Saúde Coletiva, Residência em Saúde do Adolescente pela UERJ, Docente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), **Especialista em Saúde Coletiva pela ENSP/FIOCRUZ, Docente no Curso de Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação em Saúde da Família da UNIGRANRIO, ***Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela UERJ, em CTI e Cirurgia Cardíaca pelo CNPQ e em Administração em Serviços de Saúde pela São Camilo, Docente no Curso de Graduação em Enfermagem da UNIGRANRIO*

Resumo

Estudo descritivo realizado no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/UERJ), a partir da vivência própria de uma das autoras, como residente, que objetivou identificar a compreensão dos profissionais do NESA sobre educação em saúde na assistência prestada a adolescentes gestantes na Policlínica Piquet Carneiro/UERJ. Os dados mostraram que os entrevistados compreendem educação em saúde como: metodologia de trabalho, transmissão de informação ou construção de conhecimento e que para trabalhar a educação em saúde com gestantes adolescentes é importante uma equipe multidisciplinar, o trabalho em grupo e a capacitação para desenvolver metodologias participativas.

Palavras-chave: educação em saúde, profissionais de saúde, adolescentes grávidas.

Abstract

The understanding of health professional about education in health and its expression in the process of work with pregnant adolescents

Descriptive study carried out at the Adolescent Health Research Center in Rio de Janeiro State University (NESA/UERJ), based on one of the authors' own experience, when resident, whose purpose was to identify the understanding of the NESA professionals about health education considering the attendance given to pregnant adolescents at the Policlínica Piquet Carneiro/UERJ. The data analysis showed that the interviewees understand health education as follows: working methodology, transmission of data or construction of knowledge and to work education in health with pregnant teenagers a multidisciplinary team is very important, as well as working groups and ability to develop participatory methodologies.

Key-words: health education, health professionals, pregnant adolescents.

Recebido 21 de abril de 2007; aceito em 6 de dezembro de 2007.
Endereço para correspondência: Verônica Caé da Silva, Rua Paranapanema 1100/202 21073-185 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21)2560-2488, E-mail: vcae@vetor.com.br

Resumen

La comprensión de profesionales de la salud sobre educación en salud y su expresión en el proceso de trabajo con adolescentes gestantes

Estudio descriptivo realizado en el Núcleo de Estudios de Salud del Adolescente de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro (NESA/UERJ), a partir de la experiencia vivenciada de una de las autoras, como interno residente, que tiene como objeto identificar la comprensión de los profesionales del NESA sobre educación en salud en la asistencia prestada a las adolescentes gestantes de la Policlinica Piquet Carneiro/UERJ. Los datos demuestran que los entrevistados entienden la educación en salud como: metodología de trabajo, transmisión de datos o construcción del conocimiento y que para trabajar la educación en salud con adolescentes embarazadas es importante un equipo multidisciplinario, el trabajo en grupos y la formación para desarrollar metodologías participativas.

Palabras-clave: educación en salud, profesionales de la salud, adolescentes gestantes.

Introdução

O trabalho com adolescente é um desafio e, ao mesmo tempo, uma riqueza, pois cada um é único, em formação, transformação, em franco crescimento e desenvolvimento de todas as suas potencialidades, com seu jeito próprio e especial - de se expressar, de encarar o mundo, a vida, que a todo o momento lhe abre um leque de oportunidades, de facilidades, apresentando coisas belas e tão fáceis de serem alcançadas e ao mesmo tempo trazendo dificuldades, frustrações, ilusões, necessidades de conquistas e lutas.

Nos serviços de saúde, cabe ressaltar a importância de um atendimento integral ao adolescente, que atenda às suas necessidades, que demonstre que ele não é um ser isolado, mas, inserido em uma família, nem sempre nos moldes que concebemos - membro de uma comunidade, estudante, trabalhador, portador de uma patologia, exposto à violência, dentro de uma realidade econômica e social. Este atendimento integral é interdependente e ou articulado com o imaginário, que é influenciado pelos valores (ético/moral/religioso) e pré-conceitos que deverão ou não ser (re) engendrados em seu dia-a-dia e se desdobra ou materializa na atenção ampla do profissional de saúde ao adolescente.

Todos nós estamos sempre transformando nossa percepção e nossas interações em relação ao que somos e ao que nos cerca, em função de estímulos e coerções externas e de motivações e atitudes internas, em mútuas relações [1].

Entendendo que quando falamos de adolescente, trabalhamos o conceito de um "... grupo populacional jovem o bastante para ser permeável à prevenção, à mudança, à construção, e suficientemente maduro para ser estimulado ao autoconhecimento, à crítica, à autodeterminação" [1], coube neste estudo questionar como os diversos profissionais de saúde que atendem o adolescente vêem a educação em saúde? Na verdade, qual o "olhar" de cada profissional que atua com o adolescente no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) sobre a educação em saúde?

Acreditamos na importância desta discussão na medida em que os profissionais de saúde, por vezes, posicionam-se de maneira autoritária controlista, acreditando estarem exercendo seu papel de educadores, de profissionais detentores do conhecimento e até responsáveis pela conduta de seu cliente.

Na realidade, em muitos momentos, os processos educativos em saúde desconsideram a individualidade e o contexto de vida da clientela, além de instituir uma relação vertical entre profissionais e usuários.

A proposta de discutir a perspectiva do profissional sobre a educação em saúde no contexto da assistência à adolescente grávida tem especial significado, uma vez que a gravidez na adolescência envolve em nossa sociedade uma série de concepções e preconceitos e está mediada, inclusive, pela questão da classe social.

O despertar para a realização deste estudo surgiu a partir da experiência de trabalho de uma das autoras (que participou da construção de um projeto multidisciplinar para atendimento da adolescente gestante de baixo risco), como residente, nos setores de Atenção Secundária e Primária do NESA.

As atividades da residência englobam trabalhos com os adolescentes visando possibilitar a estes uma melhor vivência desta fase da vida, onde ocorrem intensas transformações bio-psico-sociais. No treinamento em serviço, possibilitado pela residência no NESA, são realizadas consultas de

enfermagem, visitas domiciliares, atividades de sala de espera, promoção de saúde nas escolas e educação em saúde, atualmente com maior enfoque para as adolescentes grávidas, de acordo com a demanda do atendimento.

Surpreendemo-nos como a cada dia aumenta o número de adolescentes grávidas atendidas pelo nosso serviço. Estas vêm através da demanda espontânea num primeiro atendimento com suspeita diagnóstica; através de consulta agendada porque já são acompanhadas no serviço por outro motivo (doenças crônicas, por exemplo) tendo engravidado ou; através de consulta direta no pré-natal, pois, com 16 anos de idade, por exemplo, já estão na 2ª gestação e agendam com a médica e a enfermeira que acompanharam a vivência anterior, num 'passado recente'.

Cabe destacar que, em nossa experiência, percebemos que a gestante adolescente comparece ao atendimento sozinha, em companhia de familiar, do pai do bebê e ou, na maioria das vezes, com amigas. Questionamos, então, como nós, profissionais de saúde, cuidamos dessa adolescente? A educação em saúde acontece nos momentos de encontro dos profissionais de saúde com ela e sua família?

Objetivo

Identificar a compreensão dos profissionais do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente sobre educação em saúde na assistência prestada a adolescentes gestantes na Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, pois, baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus atores [2]. Os dados coletados neste estudo são descritivos, uma característica básica da pesquisa qualitativa. O material obtido nessas pesquisas é rico em descrições de pessoas, situações e acontecimentos, incluindo transcrições de entrevistas e de depoimentos [3].

Os cenários de pesquisa foram o ambulatório de adolescentes da Policlínica Piquet Carneiro (PPC), local de referência da Atenção Primária e o Pavilhão Floriano Stoffel, anexo ao Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), onde acontecem as atividades da Atenção Secundária. Os sujeitos deste estudo foram sete (07) profissionais, do sexo feminino, de diferentes categorias (enfermagem, medicina e serviço social) que atuam no NESA diretamente com adolescentes grávidas.

A coleta de dados ocorreu nos meses de Setembro e Outubro de 2005 e, como meio de coleta de informações, utilizou-se a entrevista, com a autorização do Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (SISNEP), do Ministério da Saúde, após avaliação do projeto por parte do Comitê de Ética selecionado no mesmo, no caso, o do HUPE, de acordo com a Resolução 196/96 [4].

Foram abordadas questões, com os sujeitos do estudo, acerca do tempo de atuação com adolescentes, das atividades realizadas no serviço de pré-natal, do entendimento sobre educação em saúde, da proposta desta intervenção com adolescentes gestantes e da existência ou não de capacitação para trabalhar educação em saúde.

As respostas das entrevistas foram gravadas em fita cassete e transcritas literalmente posteriormente pelas pesquisadoras.

Trabalhamos com análise temática que "consiste em descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença, ou freqüência de aparição pode significar alguma coisa..." [5]. Relacionamos as características comuns ou que se relacionam entre si, agrupando idéias e expressões após a leitura compreensiva do material coletado, classificando os depoimentos a partir das opiniões dos entrevistados associadas às questões abordadas.

Foram substituídos os nomes dos entrevistados pelas palavras: Lingüística, Musical, Lógico-matemática, Espacial, Corporal Cinestésica, Interpessoal e Intrapessoal, preservando o anonimato dos mesmos e respeitando os preceitos ético-legais da pesquisa.

Resultados e discussão

O Pré-natal da PPC, específico para adolescentes, foi inaugurado em 05 de Novembro de 2004 pela equipe da atenção primária do NESA, sob responsabilidade de uma enfermeira, com o objetivo de atender adolescentes de 15 a 18 anos em gravidez de baixo risco.

A atuação com a população adolescente, para muitas das entrevistadas, teve início durante a sua

formação acadêmica - em período de estágios, atividades extracurriculares e como bolsistas de iniciação científica. Quatro (04) entrevistadas já conheciam e estavam inseridas no NESA, o que - em parte - traz e implica uma visão mais contextualizada do serviço, inclusive do pré-natal na PPC.

Portanto, trata-se de um grupo que atua junto há aproximadamente um ano e que vivencia a construção desse serviço de referência numa instituição pública de saúde. Além disso, o tempo de experiência de trabalho com adolescentes varia de sete (07) meses a treze (13) anos; um dado importante que certamente se reflete na postura e no olhar sobre o trabalho por parte dos profissionais que atuam há mais tempo.

Educação em saúde: a ótica de profissionais que atuam com adolescentes gestantes

Todas as entrevistadas dizem acreditar na proposta de educação em saúde, entretanto observamos compreensões diferenciadas entre os membros do grupo. Diferentes compreensões certamente se refletem em práticas não homogêneas. Desta forma, podemos subentender que o trabalho desta equipe se traduz em atuações por vezes divergentes, de acordo com os diversos membros do grupo. Assim, podemos perceber a idéia de educação em saúde como:

1. Metodologia de trabalho

Para os que compreendem educação em saúde como uma metodologia, caminho e instrumental próprios para abordagem da realidade, acreditamos pensarem ser esta uma forma de trabalhar na área da saúde, um modo de fazer com métodos organizados, no caso, educar aos que assistem adolescentes grávidas [7].

> "Educação em saúde é uma metodologia de trabalho, né, é, que ela pode ser desenvolvida de diversas formas." (Interpessoal)

> "... eu entendo que educação em saúde são as várias metodologias que você vai utilizar pra tá trabalhando esses conteúdos de saúde, no caso aqui com a população adolescente..." (Musical)

A partir das falas acima, destacamos que, dentre os vários caminhos que se pode optar para trabalhar os conteúdos de saúde na atuação com adolescentes, vale a pena o facilitador, ou seja, o responsável por dada atividade, utilizar-se de metodologias participativas [8], as quais permitem a atuação efetiva das gestantes durante o processo educativo e tendem a valorizar o que cada uma passa, sabe e sonha, pois dão espaço para que ela se expresse e seja ouvida.

2. Transmissão de informação

A transmissão de informação, como prática, é uma característica prevalente da educação nos serviços de saúde. "É melhor prevenir do que remediar", essa é a bandeira defendida que vai ao encontro de *Enfoque Preventivo* descrito por Tones (1987), que aponta quatro enfoques filosóficos da educação em saúde: educativo, preventivo, de desenvolvimento pessoal e radical.

O enfoque preventivo justamente pressupõe que o comportamento dos indivíduos está implicado na etiologia das doenças modernas, comportamento de risco (dieta, falta de exercício, fumo, etc.) e também que os gastos com assistência médica têm alta reação em termos de custo/benefício [9]. Esta análise prévia decorre do conteúdo identificado nas falas a seguir:

> "Educação em saúde, eu acho que pra mim é o método de dialogar informalmente com uma pessoa (...) Explicando a esse cliente o que é uma determinada doença (...), o que é a gravidez e o que a gente pode fazer pra que essa gravidez corra super bem, como é que essa mulher vai se sentir bem, como é que ela vai cuidar bem dessa criança, tá. (...) no momento que uma adolescente vira pra mim, uma adolescente grávida, 'ah, eu tô vomitando muito', bom, educação em saúde, vamos lá. Primeira coisa é aquilo que a gente sabe de base, né: fracionar dieta (...), comer menos, (...) eu vou dizer o que ela vai fazer naquele momento pra diminuir e vou ensinar a ela o que ela pode fazer sem estar vomitando, vamos supor, tá, durante todo um período pra que ela não tenha essa náusea, esse vômito, né." (Corporal cinestésica)

Apesar de uma formação mais reflexiva, ainda estamos envoltos pela idéia de que, como profissio-

nais de saúde somos detentores do saber e devemos apontar o melhor caminho a ser seguido à risca pela cliente naquele momento. Nota-se a preocupação em explicar o processo gravídico-puerperal, a ênfase na oportunidade que não pode ser desperdiçada de orientar quanto aos horários da medicação, como prevenir as complicações, como e o que comer, como evitar doenças de um modo geral. A cliente tem que sair do atendimento com suas dúvidas sanadas e também com um pacote básico de inúmeras informações que o profissional tem o dever de transmitir.

> "... a gente trabalha as temáticas que a gente sabe que vão contribuir para saúde do adolescente, vão prevenir que ele tenha doenças próprias da adolescência, vão prevenir é, atitudes que possa ta contribuindo pra que ele adoeça, né ..." (Espacial)

Deste modo, a educação em saúde pauta-se no modelo médico, em conteúdos clínicos, relacionando saúde à ausência de doenças.

3. Construção de conhecimento

Algumas entrevistadas compreendem a educação em saúde como construção de conhecimento:

> "... é de empoderamento dos usuários, né, através da informação participativa, ou seja, é, a gente não entende que existe um retentor de saber e um receptador cru desse saber. A gente entende que essa é uma relação aonde a gente deve sempre procurar trabalhar com conteúdos de saúde de acordo com o interesse, buscando saber o que é que esses jovens já trazem de conhecimento, né, das suas vivências pessoais, das suas comunidades, das suas escolas." (Interpessoal)

A palavra construção carrega consigo a idéia de algo que não está pronto, terminado. O conhecimento deve ser construído e a adolescente gestante ser agente ativa nesse processo.

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção (...) quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado (...) quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender [10].

> "A gente tenta sempre devolver pro usuário aquilo que ele traz como questão e tentar junto com esse usuário, dentro dos seus recursos pessoais, comunitários, emocionais, é, que ele encontre soluções pra'queles problemas de saúde que ele vem apresentando." (Interpessoal)

É importante que o trabalho se desenvolva de modo a estimular no usuário uma reflexão das suas vivências, reforçando suas capacidades.

Capacitação para a educação em saúde: entendimento dos entrevistados

Quando questionadas acerca do entendimento sobre capacitação para desenvolver o trabalho com educação em saúde, as entrevistadas tiveram dificuldades para responder, pois apontaram a capacitação para trabalhar com adolescentes de um modo geral:

> "... eu me capacitei em adolescentes antes de chegar ao NESA. E depois vim pra cá, acho que até por causa disso mesmo. Vim falar, tratar e cuidar de adolescentes acho que muito levado por causa do que eu aprendi aqui na época e por causa do projeto que eu participava ainda enquanto aluna." (Lingüística)

Uma entrevistada levanta a questão do curso intitulado "Capacitação em Pré-Natal para Adolescentes" que ocorreu para residentes de enfermagem a fim de resgatar o aprendizado sobre questões que envolvem um pré-natal de baixo risco.

> "Então a gente tá tendo esse curso de capacitação, o treinamento de capacitação para atender adolescentes gestante (...) A partir do momento que você aprende coisas pertinentes à fisiologia desse adolescente à gestação, você ta hábil, acredito eu, a educar sim." (Intrapessoal)

Destacamos também falas das entrevistadas no que diz respeito à busca individual para o aperfeiçoamento do trabalho com adolescentes. O estudo independente, a participação em eventos científicos, o esforço pessoal para o aprendizado. Perrenoud classifica essa busca como a décima (10ª) grande

família de competências para ensinar: "administrar sua própria formação contínua" [11].

> "Oh! Eu acho que eu procurei isso. Ao longo do é, da minha vida profissional, né." (Espacial)

Acreditamos que a capacitação para desenvolver qualquer atividade perpassa o estudo, a dedicação, o empenho, o fazer propriamente dito, a reflexão sobre a prática e a discussão em equipe, inclusive para avaliar o trabalho realizado propondo mudanças e/ou reforçando práticas positivas.

O processo de trabalho com adolescentes gestantes: pré-natal da PPC

A última categoria de análise apresenta, de forma clara, um paralelo entre o que os atores sociais do estudo pensam como proposta para melhoria do serviço em relação à promoção da educação em saúde e o que estes realizam na prática atualmente.

O primeiro item, escrito a seguir, refere-se ao que as profissionais pretendem/entendem como pertinente, apesar de nem sempre implementarem (as propostas). Já o último item refere-se ao que elas praticam realmente. Essa análise deu-se a partir das respostas aos questionamentos: "Quais as atividades que você desenvolve ou desenvolveu no serviço de pré-natal? Realiza atividade de educação em saúde? Qual a proposta de educação em saúde para adolescente gestante?".

1. As propostas de trabalho de educação em saúde

a) Orientar a adolescente para que evite ou postergue a gravidez:

> "... de tentar esclarecer um pouquinho mais, do uso de preservativo ou de anticoncepcional que ela use, né, o que melhor for pra ela. Pra tentar jogar um pouquinho mais pra frente uma gravidez, senão elas acabam tendo, que a gente nota que elas acabam tendo uma gravidez assim quase em cima da outra, né, sem aí sim, sem um planejamento." (Lingüística)

b) Trabalhar em grupo:

> "Bom a minha proposta seria assim, de atividades em grupo..." (Musical)

O trabalho realizado em grupo é sempre enriquecedor, pois facilita a troca de experiências além de criar um entrosamento entre os membros do grupo, se houver estímulo para tal. Mas, este trabalho não funciona como receita de bolo, sempre as mesmas medidas. Devemos considerar que cada grupo é diferente, mesmo porque cada ser humano é diferente, e o grupo é composto por seres humanos. O que dá certo com um grupo não pode ser imposto para outro [12].

c) Atentar para a importância de uma equipe multidisciplinar:

> A existência de profissionais de diferentes categorias e conhecimentos que compõem a equipe deve contribuir para um trabalho coletivo eficiente, em unidade, na medida em que cada um abandona o individualismo e assume o compromisso de compartilhar o que sabe para o crescimento de todos e, ao mesmo tempo estar aberto ao aprendizado.

> "(...) eu não faço nunca esse trabalho sozinha. A gente trabalha com uma equipe multidisciplinar no pré-natal, a gente, a informação que eu passo é assim, é complementada muitas vezes por outros profissionais, né." (Espacial)

d) Mostrar as adolescentes que elas serão responsáveis por outra vida:

> "... Pra fortalecer ela como sujeito e que ela vai da conta de cuidar, de ter uma gestação até o final, de cuidar desse bebê e aos poucos assim, abrir possibilidade pra ser mãe, adolescente, estudar, trabalhar, né, e construir com ela isso, né, é o que a gente tenta fazer..." (Espacial)

e) Capacitar à equipe de trabalho:

> "... em primeiro lugar pra poder fazer essa implantação do programa, né, de educação em saúde pro adolescente, eu acho que a equipe que trabalha com esse adolescente tem que estar capacitada pra poder saber desenvolver essa atividade..." (Corporal cinestésica)

f) Não impor temáticas:

> "... De tá sempre partindo do que essas jovens vão trazer, se preocupar sempre em não impor temas que talvez não sejam é, não estejam tão dentro da realidade deles..." (Musical)

2. O trabalho realizado

Quando questionadas sobre o que desenvolvem na prática no serviço de pré-natal, as entrevistadas fazem uma descrição geral das atividades que realizam, no âmbito da categoria profissional:

> "... a atenção do serviço social ela se dá tanto em atendimentos individuais, acompanhamento das gestantes, e, e dos familiares, quando isso é pertinente." (Musical)

> "Na verdade eu fiz a consulta de enfermagem, né, atividades educativas, como sala de espera, com algumas das dinâmicas, na medida do possível e também, na medida do possível, eu fiz de enriquecimento pra eu poder tá trabalhando com elas." (Lógico-matemática)

> "Eu trabalho com parto, nascimento, puerpério, amamentação (...) Eu faço, é, é, sala de espera né, é, falando sobre, sobre a própria gestação, preparo pra amamentação, né. E eu desenvolvia uma sala de amamentação pras mães adolescentes." (Espacial)

> "Eu como enfermeira, além de coordenar a equipe como um todo, pra gente fazer reunião, apresentar propostas, estudos, trabalhos, etc.; eu faço o atendimento propriamente dito, do pré-natal e participo junto com as residentes em construção de projetos, de pesquisas, é, troca de idéias e melhoria de serviço..." (Corporal cinestésica)

Quando trabalhamos em grupo multidisciplinar ou mesmo quando tentamos orientar o trabalho desta forma, devemos ter o cuidado por não compartimentalizar o serviço com cada categoria sendo uma unidade independente, pois vale mais a interdependência, as interconsultas, o espaço aberto.

A última fala mostra que, por mais avançados que estejamos, nos preocupamos com a gravidez nesta etapa da vida: que repercussões ela traz, como fazer para ser um apoio firme para as adolescentes, como não ser o que critica, o que traz preconceito no discurso, como ser profissional que cuida e educa em saúde as adolescentes gestantes. Lembrando que é importante que estejamos aptos para o entendimento de outras questões que perpassam pela gravidez na adolescência, questões estas que também estão relacionadas à subjetividade presente no ser mulher [13].

> "... a gente acaba fazendo orientações também até orientações de planejamento familiar, né. Porque são, às vezes são muito jovens, são jovens que já, até já vem grávidas, já, já tem um filho ou não né, (...) Elas até desejam muito ser mãe e, e acabam engravidando novamente então a gente fala, não questiona o porquê, porque que ela engravidou tentando reprimi-la. Mas contextualizar com ela essa parte de, como é que ela lida com isso, quem a ajuda principalmente..." (Lingüística)

Em relação ao processo de trabalho, os profissionais mantêm uma prática aparentemente tradicional; apesar da idéia e do interesse na melhoria do serviço, o conjunto, quando falamos em educação em saúde, não parece real. Observamos que os profissionais ainda pensam e fazem na "medida do possível" (Lógico-matemática), dificultando assim a educação em saúde, que se dá de maneira processual e contínua.

Conclusão

A educação em saúde é uma poderosa ferramenta de trabalho, em especial a ser utilizada com a população adolescente, em atividades inerentes à atenção primária nos serviços de saúde.

No estudo, observamos como atividades realizadas, um desejo/proposta/idéia de trabalho educativo em grupo e/ou individual com adolescentes, o que tem acontecido esporadicamente. As equipes de enfermagem e serviço social até se organizaram para tal, mas, torna-se necessário fazer da educação em saúde um marco para atuação com as adolescentes.

Dentre as várias compreensões sobre educação em saúde, pensamos que a mais respeitosa é partir do conhecimento que o usuário tem, ou seja, saber reconhecer o potencial e dar espaço para as vivências das adolescentes gestantes, que têm, sim, muitas histórias para contar, a partir delas, podemos acrescentar, podemos problematizar, podemos ajudar na construção do conhecimento.

Além disso, é preciso investir no trabalho com o jovem, pois, é essa (a juventude) a fase dos questionamentos, dos desafios, das descobertas. Concordamos com a entrevistada:

> "... acho fundamental. Acho que o jovem, e aí, é, é uma opinião de quem gosta muito de trabalhar com o jovem. Acho que o jovem ele tá muito aberto, né, a receber coisas, né, e a trabalhar com essa relação de troca com outra pessoa. Então, se você tem uma proposta de trabalho educativo com jovem, eu acho que a tendência é ela ser sempre muito positiva..." (Interpessoal)

A respeito do processo de trabalho julgamos ser importante a discussão realizada em equipe multidisciplinar, especialmente para organizar atividades de educação em saúde. Todos devem se fazer presentes em reuniões ou encontros para pensar e planejar as atividades; devem-se esgotar e ser sanadas as dúvidas e questionamentos assim como deve ocorrer o entendimento dos membros da equipe sobre suas responsabilidades.

Concluímos este estudo esperando que sirva como pequena amostra/material para possíveis e mais aprofundadas análises no que se relaciona à educação em saúde e adolescentes; que possa também contribuir para avaliação deste trabalho, que acreditamos ser de imenso valor para as usuárias, seus familiares, a comunidade e a academia – o Pré-Natal de Adolescentes da Policlínica Piquet Carneiro.

Referências

1. Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde em debate – série didática. Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996.
2. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 4a ed. São Paulo: Makron Books; 1996.
3. Lüdke M, André M. Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº.196, de 10 de Outubro de 1996 – dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.
5. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 12a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
6. Silva AV, Guimarães C. O guru das inteligências múltiplas. Nova Escola. (s/local); 1997.
7. Rocha CRM. O conceito de adolescência nas práticas de atenção à saúde e a formação de profissionais de saúde. Caderno de Currículo e Ensino. Rio de Janeiro: UFRJ/NUTES; 2000.
8. Ministério da Saúde. Adolescer: Compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília: ABEn; 2001.
9. Stotz EM, Valla VV. Participação popular, educação e saúde; teoria e prática. Rio de Janeiro: Relumé-Dumerá; 1993.
10. Freire P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. 24a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
11. Perrenoud P. 10 Novas competências para ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
12. Wall ML. Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB; 2001.
13. Araújo RT, Oliveira ZM, Teixeira JRB. Sentimentos e significados de adolescentes grávidas acompanhadas em serviços de pré-natal. Enfermagem Brasil 2005;4(6):325-31.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2007;6(6)

Artigo original

Perfil sociodemográfico, percepções e sentimentos de cuidadores informais vinculados a programas de assistência domiciliar

Fabiana Rangel Marques*, Zaida Aurora Soler, D.Sc.**, Marcia Galan Perroca, D.Sc.

**Enfermeira, pós-graduanda em nível de mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, **Enfermeira, livre-docente em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Orientação Profissional, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Especializada da FAMERP*

Resumo

A adoção do modelo de assistência domiciliar em saúde tem aumentado consideravelmente em vários países. O objetivo deste estudo foi caracterizar cuidadores informais de doentes crônicos vinculados a programas de Assistência Domiciliar em São José do Rio Preto, São Paulo. Os resultados revelaram predomínio do gênero feminino, idade média de 53,8 anos, baixo grau de escolaridade; poucos com trabalho remunerado e, também que os cuidadores experienciam reações positivas e negativas nas situações do cuidar. Conclui-se que há necessidade de mais estudos no âmbito da política de saúde brasileira no contexto dos Serviços de Assistência Domiciliar. Assim, haveria maior adesão dos serviços de saúde, melhor avaliação do atendimento prestado e de capacitação do cuidador informal, contribuindo para a promoção de melhor qualidade de vida dos cuidadores e dependentes de cuidados domiciliares.

Palavras-chave: assistência domiciliar, prestação de cuidados de saúde, fatores socioeconômicos.

Abstract

Social demographic profile, perceptions and feelings of informal caregivers enrolled in Home Health Care Programs

The adoption of home health care model has increased considerably in many countries. The purpose of this paper was to characterize the informal caregivers who take care of patients with chronic disease enrolled in Home Health Care Programs in the city of São José do Rio Preto, São Paulo state, Brazil. The results revealed great amount of females, medium age of 53.8 years, low school degree; few had paid work and, also that the informal caregivers have been experiencing both positive and negative reactions in situations of caring. In conclusion, more studies related to Brazilian health care policy in the context of Home Health Care Services are necessary. In this manner, there would have more available health care services, better

Artigo recebido 1 de junho de 2007; aceito em 18 de novembro de 2007.
Endereço para correspondência: Marcia Galan Perroca, Av. José Munia 4700/132 A, 15090-500 São José do Rio Preto SP, E-mail: marcia.perroca@famerp.br

assessment of the care provided and the informal caregivers' capacity to promote better quality of life either for them or the care recipients.

Key-words: home nursing, delivery of health care, socioeconomic factors.

Resumen

Perfil sociodemográfico, percepciones y sentimientos de los cuidadores no profesionales vinculados a programas de atención domiciliaria

La adopción del modelo de atención domiciliaria en salud ha aumentado mucho en varios países. El objetivo de este estudio fue caracterizar a los cuidadores no profesionales de enfermos crónicos vinculados a los programas de Atención Domiciliar en São José do Rio Preto, São Paulo. Los resultados revelaron el predominio de las mujeres, con edad media de 53,8 años y bajo nivel de escolaridad; pocos tienen un empleo remunerado y, también que los cuidadores vivencian reacciones positivas y negativas en las situaciones del cuidado a los enfermos. Concluimos que hay necesidad de más estudios en el ámbito de la política de la sanidad brasileña en el contexto de los Servicios de Atención Domiciliaria. Así, habría una adhesión mayor a los servicios de salud, mejor evaluación de la atención prestada y de la capacitación del cuidador no profesional, contribuyendo para la promoción de mejor calidad de vida de los cuidadores y de los dependientes de cuidados domiciliarios.

Palabras-clave: atención domiciliaria de salud, prestación de atención de salud, factores socioeconómicos.

Introdução

O interesse cada vez maior na redução orçamentária e do tempo de permanência dos pacientes em instituições hospitalares conduziu serviços de saúde a adotarem um novo modelo de assistência conhecido como Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care). Este modelo preconiza a manutenção dos indivíduos em seu próprio domicílio e comunidade a fim de proporcionar abordagens preventivas, terapêuticas e de reabilitação. Dessa forma, ocorre uma substituição tanto da hospitalização por necessidade aguda de cuidado como da internação por tempo prolongado principalmente para pacientes crônicos [1].

A Assistência domiciliar à saúde promoveu não apenas a mudança do local onde o cuidado é realizado, mas também aumentou o grau de envolvimento dos familiares, já que geralmente é a família que assume a responsabilidade de continuar cuidando da saúde de seus membros no domicílio. Os familiares, principalmente mulheres, são considerados como fonte de apoio social e os mais aptos no processo de cuidar no domicílio para acometidos por agravos crônicos de saúde [2-5].

Considera-se cuidador informal o membro da família, amigo, vizinho ou colega de trabalho que assume a responsabilidade principal de prestar cuidados informais de saúde, de forma não remunerada a dependente de auxílio nas atividades da vida diária, no âmbito residencial. As atividades da vida diária (AVDs) são as tarefas que subsidiam a vida cotidiana das pessoas, incluindo atendimento das necessidades de alimentação, eliminações, terapêutica, higiene, até locomoção e movimentação, sem depender da atuação técnica de um profissional [6]. Contudo, torna-se importante ressaltar que a responsabilidade assumida no processo de cuidar, como colaboradores da equipe multiprofissional de saúde, traz aos cuidadores informais alto grau de estresse e sobrecarga (caregiver burden), o que pode comprometer sua saúde física e emocional, caracterizando a chamada síndrome de *burnout* [7].

Ante o exposto, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sócio-demográfico e investigar as percepções e sentimentos de cuidadores informais vinculados a Programas de Assistência Domiciliar no município de São José do Rio Preto, São Paulo.

Material e métodos

Esta pesquisa foi realizada entre cuidadores informais vinculados a Programas de Assistência Domiciliar em Saúde em São José do Rio Preto, cidade localizada na região noroeste do Estado de São Paulo, que é um pólo industrial e de prestação de serviço, além de representar um centro de referência no atendimento à saúde. Antecedendo a coleta dos dados, o projeto da pesquisa foi encaminhado para avaliação e aprovação de Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP), respeitando-se as diretrizes éticas de pesquisa envolvendo seres humanos [8].

Foram incluídos no estudo três Programas de Assistência Domiciliar: um mantido pela Prefeitura Municipal, destinado a pessoas de menor poder aquisitivo da cidade e dois programas vinculados a empresas privadas, de caráter lucrativo. A coleta de dados ocorreu em agosto e setembro de 2004, com uma amostra de 34 cuidadores informais, obtendo-se a totalidade de cuidadores cadastrados nos três Programas citados, pois todos consentiram em participar da pesquisa. Como critério de inclusão estabeleceu-se ser cuidador de *paciente com doenças crônicas,* dependentes de cuidados para as atividades de vida diária. Cabe mencionar que a maioria dos dependentes de cuidados tinha sido acometida por acidente vascular encefálico e várias doenças secundárias degenerativas e problemas de saúde associados, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

O instrumento para a coleta de dados foi um formulário semi-estruturado, tendo por base trabalhos de outros autores [3,4,9], acrescido de dados para torná-lo mais abrangente, sendo previamente testado. Os dados foram obtidos por meio de entrevista realizada pela primeira autora da pesquisa, no ambiente domiciliar do cuidador, em datas e horários previamente agendados, na presença da equipe de saúde da prestadora de Assistência Domiciliar. Posteriormente foram agrupados, classificados e relacionados segundo o objetivo do estudo, tratados em função de freqüências absolutas e percentuais, com apresentação em tabelas, utilizando-se como ferramenta de análise de dados o programa Microsoft Excel.

Resultados

Na caracterização dos cuidadores informais deste estudo, vê-se na Tabela I: 34 cuidadores entrevistados, 44,1% vinculados ao sistema público de assistência domiciliar e 55,9% ao sistema privado; 82,4% do sexo feminino, a maioria com idade supe-

Tabela I - Caracterização dos cuidadores informais do estudo quanto à idade, estado civil, escolaridade e ocupação (Nº e %).

Variáveis	Financiamento					
	Público		Privado		Total	
	F	M	F	M	Nº	%
Faixa etária (anos)						
15 a 30	1	2	1	-	4	11,8
31 a 45	2	1	1	-	4	11,8
46 a 60	1	2	7	1	11	32,3
61 a 75	6	-	7	-	13	38,2
76 ou mais	-	-	2	-	2	5,0
Subtotal	10	5	18	1	34	100
Estado civil						
Casado/União Consensual	5	3	15	1	24	70,6
Solteiro	3	2	1	-	6	17,6
Viúvo/Separado	2	-	2	-	4	11,8
Subtotal	10	5	18	1	34	100
Escolaridade						
Analfabeto	2	-	2	-	4	11,8
Ensino Fundamental	3	4	7	-	14	41,2
Ensino Médio	4	-	6	1	11	32,3
Ensino Superior	1	1	6	1	9	26,5
Subtotal	10	5	18	1	34	100
Ocupação						
Ativo-formal/informal/autônomo	1	2	4	1	8	23,5
Afazeres domésticos	5	-	9	-	14	41,2
Aposentado	2	-	5	-	7	20,6
Desempregado	1	3	-	-	4	11,8
Estudante	1	-	-	-	1	2,9
Subtotal	10	5	18	1	34	100

F= feminino M= masculino

rior a 45 anos; 70% eram casados ou tinham união consensual; 41,2% tinham até ensino fundamental ou ensino médio, completo ou incompleto (32,3%); a maior parte não exercia atividade remunerada.

Verifica-se na Tabela II que a maioria dos cuidadores informais era o cônjuge (12- 35,2%), principalmente esposa, seguido de filha/o (9 - 26,5%); que 13 (38,2%) cuidadores não tinham rendimentos para contribuir com a renda mensal da família e apenas 6 (17,6%) recebiam mais de 5 salários mínimos mensais; 16 (47,1%) cuidadores não tinham experiência anterior nesta atividade, seguido de 9 (26,5%) que já foram cuidadores informais antes por período de até 1 ano e 7 (20,6%) que cuidaram por mais de 5 anos, a maioria vinculado a pacientes de programa de privado de assistência domiciliar (6-85,7%).

Nas Tabelas III e IV estão dados sobre percepções e sentimentos dos cuidadores deste estudo, notando-se na Tabela III: que o período que prestavam cuidados variou de menos de 1 ano (23,5%) a até mais de 15 anos (8,8%); 70,6% eram católicos; suas principais percepções e sentimentos como cuidador foram: *deve ser cuidador* a pessoa mais disponível (82,3%); as *qualidades* destacadas na função são atenção, paciência, respeito e amor (97,6%); *sobre o significado e sentimentos de ser cuidador* ressaltaram mais aspectos positivos como aprendizado/ crescimento pessoal (61,7%), "benção/carma" (52,9%); 76,5% referiram estar adaptados/conformados; mas 19 (55,9%) também manifestaram sentimentos de cansaço, esgotamento e preocupação.

Verifica-se na Tabela IV as principais dificuldades relatadas pelos cuidadores informais deste estudo quanto às modificações na vida diária nos cuidados prestados em domicílio, categorizadas em quatro aspectos: 1) *estrutura familiar* - 88,2% destacaram falta de apoio, de envolvimento de outros familiares no cuidado ao doente; 2) *sócio-econômica* -85,3% cuidadores relataram diminuição da renda familiar por ter que cuidar do doente; 3) *organização ambiental* - 44,1% citaram necessidade de adaptação da residência e 29,4% de reorganização dos móveis para atender aos doentes; 4) *dificuldade físico-emocionais*, citando-se aspectos como: angústia/tensão emocional (22 - 64,7%); esforço físico permanente e irritabilidade/ impaciência (21-61,8%) e cansaço/ esgotamento (20 -58,8%).

Tabela II - Caracterização de cuidadores informais vinculados a Programas de Assistência Domiciliar quanto a parentesco, renda salarial e experiência anterior como cuidado (Nº e %).

Variáveis	Financiamento					
	Público		Privado		Total	
	F	M	F	M	Nº	%
Grau de parentesco						
Cônjuge	3	1	8	-	12	35,2
Filho/Filha	2	1	6	-	9	26,5
Irmão/Irmã	2	1	1	-	4	11,8
Pai/mãe	1	-	-	1	2	5,9
Outro (cunhado/primo/sobrinho)	2	1	-	-	3	8,8
Sem parentesco-amigo(a), contratado	-	1	3	-	4	11,8
Subtotal	10	5	18	1	34	100
Renda Mensal (em salário mínimo)						
Sem Rendimento	5	2	6	-	13	38,2
Menos de 1	1	2	1	-	4	11,8
1 a 3	1	1	4	-	6	17,6
Mais de 3 a 5	1	-	4	-	5	14,7
Mais de 5 a 10	1	-	2	1	4	11,8
Mais de 10	1	-	1	-	2	5,9
Subtotal	10	5	18	1	34	100
Experiência anterior como cuidador						
Não	6	4	6	-	16	47,1
Pelo período de até 1ano	3	-	5	1	9	26,5
Pelo período de mais de 1 a 5 anos	-	1	1	-	2	5,9
Pelo período de mais de 5 anos	1	-	6	-	7	20,6
Subtotal	10	5	18	1	34	100

F= feminino M= masculino

Tabela III - Percepção e sentimentos de ser cuidador informal de pacientes vinculados a Programas de Assistência Domiciliar, segundo a religião (Nº e %).

Informes	Religião							
	Público			Privado			Total	
Tempo de cuidador (anos)	Católica	Espírita	Evangélica	Católica	Espírita	Evangélica	Nº	%
Menos de 1	3	1	1	2	1	-	8	23,5
1 a 5	5	-	1	4	-	3	13	38,2
6 a 10	3	-	-	1	2	-	6	17,7
11 a 15	-	-	-	3	-	1	4	11,8
Mais de 15	1	-	-	2	-	-	3	8,8
Total	12	1	2	12	3	4	34	100
Quem deve ser cuidador								
O mais disponível	11	1	2	9	3	2	28	82,3
Com aptidão pessoal	8	-	2	11	2	4	27	79,4
Com aptidão profissional	4	-	-	4	2	-	10	29,4
Qualidade do cuidador								
Atenção, paciência, respeito, amoroso	11	1	2	12	3	4	33	97,6
Reconhecer limitações/ pedir ajuda	8	1	1	9	1	2	22	64,7
Saber identificar necessidades	9	1	1	6	1	2	20	58,8
Significado de ser cuidador								
Benção/Carma	7	-	2	6	2	-	18	52,9
Privação de Vida	4	-	-	-	-	-	4	11,8
Aprendizado/ Crescimento Pessoal	6	1	-	7	3	4	21	61,7
Sentimentos como cuidador								
Adaptado/conformado/tranqüilo	10	-	1	10	2	3	26	76,5
Cansado/esgotado/preocupado	8	1	2	6	1	1	19	55,9
Revoltado	1	-	1	-	-	-	2	5,9

Tabela IV - Dificuldades mencionadas pelos cuidadores informais vinculados a Programas de Assistência Domiciliar (Nº e %).

Dificuldades	Financiamento			
	Público	Privado	Total	
			Nº	%
Estrutura familiar				
Mudança de rotina	6	8	14	41,2
Falta de envolvimento familiar/ de apoio	13	17	30	88,2
Confinamento/ falta de lazer	6	10	16	47,1
Sócio-econômicas				
Impedimento de emprego	9	10	19	55,9
Diminuição da renda familiar	14	15	29	85,3
Perda de bens materiais	2	3	5	14,7
Ambientais				
Adaptação de residência	3	12	15	44,1
Reorganização dos móveis	1	9	10	29,4
Físico-emocionais				
Aumento da Pressão Arterial	4	6	10	29,4
Esforço Físico Permanente	10	11	21	61,8
Cansaço/Esgotamento	9	11	20	58,8
Irritabilidade/ Impaciência	7	14	21	61,8
Isolamento Social/ Falta de Lazer	2	12	14	41,2
Angústia/ Tensão Emocional	9	13	22	64,7
Envelhecimento Precoce	4	4	8	23,5

Discussão

Verificou-se que a média de idade dos cuidadores informais deste estudo foi de 53,8 anos, o que é ressaltado como um fator preocupante por outros estudiosos, pois nesta faixa etária há predisposição ao cansaço, esgotamento e outras restrições físico-funcionais próprias do aumento da idade cronológica [4,10]. Notou-se, igualmente, que a esposa ou companheira representou o principal cuidador informal, inclusive de divorciadas que cuidavam de ex-companheiro (3 - 8,8%), corroborando outras pesquisas quanto à atuação de mulheres na atenção a dependentes de cuidados de saúde no domicílio, assim como o auxílio de filhos nas tarefas de cuidado com o doente lesado pelo episódio mórbido [3,11]. O papel da mulher no cuidado a doentes crônicos no domicílio, que se soma a outras responsabilidades no lar e no trabalho, desmistifica este gênero como sendo frágil e o afirma como competente em sua ampla obrigação no domicílio e no mercado de trabalho [4,9,11-13]. Muitos profissionais de saúde consideram a mulher com mais qualidades para prestar cuidados informais, contudo, quando não há um cuidador do sexo feminino disponível, os homens assumem a responsabilidade pelo cuidar, em especial mãe e pai, no caso de crianças [3,4] e filhos, cônjuges no caso de idosos [5].

Os achados desta pesquisa mostraram pouca escolaridade de grande parte dos cuidadores informais, com ensino fundamental incompleto e a existência de analfabetos, fato destacado também em outro estudo [4]. Em relação à ocupação dos cuidadores informais, a maioria não contribuía financeiramente com a família, executando tarefas domésticas, eram estudantes ou estavam desempregados. A variável ocupação de cuidadores informais foi enfocada em outra pesquisa confirmando que as mulheres são os principais cuidadores informais em domicílio e não possuem remuneração [14].

Estudos [9,14] ressaltam o fato de serem cuidadores informais as pessoas com mais tempo e que se incumbem de realizar as tarefas para doentes dependentes de cuidados que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira da família. Pressupõem que a responsabilidade de cuidar de um indivíduo fragilizado no autocuidado, recaia sobre indivíduos aposentados, desempregados ou trabalhadores do lar, principalmente esposas e filhas. A escolha do cuidador engloba características pessoais, aptidões, atitudes de interesse, demonstração afetiva, iniciativa, características emocionais, por não terem vínculo empregatício ou trabalho remunerado [3,11,15-16].

A renda salarial da família também contribui na definição do cuidador informal, pelo impacto orçamentário na atenção a dependentes de cuidados domiciliares, nas despesas normais de provisão domésticas. O doente crônico muitas vezes depende dos familiares para a realização de suas atividades de vida diária (ADL) e também financeiras, sobrecarregando a família com outros gastos, como alimentação especial, medicamentos, materiais para o seu conforto físico, equipamentos, mobiliário e outros relativos às suas necessidades fisiológicas [1,3,9,14]. Pesquisa realizada pela Associação Americana de Alzheimer [17] revelou que de 47 a 57% dos cuidadores tiveram que se afastar do serviço como resultado do cuidar. Outros achados [18] evidenciaram que famílias de baixa renda, com pacientes abaixo de 45 anos e com importante dependência nos cuidados foram as que mais sofreram comprometimentos financeiros.

Neste estudo, os cuidadores informais, ao se manifestarem como se sentiam cuidando e o significado de ser cuidador, evidenciaram uma ambivalência nas respostas, pois, ora se sentiam preocupados, ora tranqüilos; ora cuidar significava uma "Benção de Deus", ora uma privação da vida. Deixaram transparecer nas entrevistas, que os sentimentos, as emoções e os aspectos benevolentes despontam como requisitos básicos - os sustentáculos do cuidado domiciliar. Ultimamente, algumas pesquisas revelam que mesmo com os desafios e sobrecarga, os cuidadores familiares expressam satisfação e recompensas associadas à função do cuidar, corroborando os achados deste estudo, acreditando que prover o melhor cuidado, manter a dignidade e a auto-estima da pessoa que está sendo cuidada são identificadas como fonte de satisfação [19,20].

Contudo, apesar de experienciarem satisfação e recompensas no processo de cuidar, nem todos os cuidadores familiares estão preparados para lidar com sua conseqüente sobrecarga física, psíquica, social e econômica. Vários cuidadores informais deste estudo destacaram dificuldades e responsabilidade de conduzir os cuidados dos dependentes, como a falta de apoio familiar no rodízio de residência e de outras pessoas para conduzir os cuidados; de tempo para dedicar-se a si mesmo; precariedade orçamentária, falta de informação e/ou orientação, desgaste físico e emocional. Algumas pesquisas abordam a

implantação de estratégias para auxiliar cuidadores informais, principalmente entre pesquisadores e gestores de países mais desenvolvidos, recomendando-se cinco áreas de intervenções: 1) avaliação do cuidador e situação do cuidado durante todo o processo; 2) instituição de programa educacional de suporte; 3) auxílio no comportamento de enfrentamento (coping); 4) oferecimento de suporte social; 5) reconhecimento e informação sobre sinais de *burnout* [7,21].

A saúde física e emocional do cuidador dever ser considerada uma vez que a maioria deles apresenta entre 35 e 64 anos, época do ciclo de vida em que problemas crônicos de saúde podem aparecer, além de promoverem cuidados por períodos longos, muitas vezes por mais de 5 anos [7]. Problemas de sobrecarga devem ser igualmente identificados antes que se transformem em desgaste físico e emocional, com sinais de estresse e síndrome de *burnout*. Esta síndrome pode ser definida como um estado de exaustão física, emocional e mental que pode provocar, nos cuidadores, mudança de atitudes, fadiga, ansiedade, depressão e sentimento de culpa [21].

Outra estratégia recomendada pela OMS [22] consiste no equilíbrio entre a responsabilidade familiar e a governamental. Nas últimas décadas, cuidadores informais têm recebido considerável atenção das políticas públicas de vários países, dentre eles a Suécia. Neste país, o sistema de saúde oferece dois tipos de suporte: o econômico para aqueles que cuidam de membros da família ou amigos e programas de suporte específico para capacitação/orientação de cuidadores [23].

Conclusão

Na caracterização dos cuidadores informais deste estudo observou-se predomínio do gênero feminino, principalmente por esposa, idade média de 53,8 anos, baixo grau de escolaridade e maioria sem trabalho remunerado. Foi atribuído como principal qualidade do cuidador, o respeito e, sobretudo, o amor no ato de cuidar, mas também revelou ambivalência nas manifestações de sentimentos como tranqüilo/preocupado e do significado de ser cuidador -"benção de Deus"/privação da vida.

Ante os dados obtidos verifica-se a necessidade de mais pesquisas quanto à intervenção resolutiva da política de saúde brasileira no contexto dos Serviços de Assistência Domiciliar, de forma a alcançar maior abrangência de atuação e capacitação do cuidador informal, nos moldes existentes em países desenvolvidos.

Referências

1. Paskulin LMG, Dias VRFG. Como é ser cuidador em casa: as percepções dos clientes. Rev Bras Enfermagem 2002;55(2):140-45.
2. Brody E. "Women the middle" and family help to older people. Gerontologist 1981; 21:471-80.
3. Andrade OG, Marcon SS, Silva DMP. Como os enfermeiros avaliam os cuidadores. Rev Gaúch Enferm 1997;18(2):123-32.
4. Andrade OG, Rodrigues RAP. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral. Rev Gaúch Enferm 1999;20(2);90-109.
5. Marcelino SR, Raunz V, Erdmann AL. Cuidado domiciliar: escolha ou falta de opção? Texto Contexto Enfermagem 2000;9(3):9-21.
6. Wiener JM, Hanley RJ, Clark R, Van Nostrand JF. Measuring the activities of daily living: comparisons across national surveys. J Gerontol 1990;45(6):229-37.
7. Riess-Sherwood P, Given BA, Given CW. Who cares for the caregiver: strategies to provide support. Home Health Care Management & Practice 2002;14(2):110-21.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo os seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
9. Marcon SS, Andrade AG, Silva DMP. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. Texto Contexto Enfermagem 1998;7(2):289-307.
10. Nolan MR, Grant G. Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nursing practice. J Adv Nurs 1989,14:950-61.
11. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública 2003; 19(3):861-66.
12. Samuelsson AM, Annerstedt L, Elmsahl S, Samuelsson SM, Grafstrom M. Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers. Scand J Caring Sci 2001;15(1):25-33.
13. Cain CJ, Wicks MN. Caregiver attributes as correlates of burden in family careguvers coping with chronic obstructive pulmonary disease. J Fam Nur 2000;6(1):23-46.
14. Sena RR, Leite JCA, Santos FCO, Gonzaga RL. O ser cuidador na internação domiciliar em Betim/MG. Rev Bras Enferm 2000;53(4):544-54.
15. Gonsalves LHT, Silva YF, Pfeiffer S. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. Cogitare Enferm 1996;1(2):39-47.
16. Budó MLD. Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1994. 222p.
17. Alzheimer Association National Alliance for caregiving. Who cares? Families caring for persons with Alzheimer disease. Washington: Alzheimer's Association; 1999.

18. Covinsky KE, Goldman L, Cook F, Oye R, Desbiens N, Reding D, et al. The impact of serious illness on patients' families. JAMA 1994;272:839-44.
19. Scott LD, Arslanian-Engoren C. The decision to care: a life-altering experience. Home Health Care Management & Practice 2005;17(2):130-35.
20. Andrén S, Elmstahl S. Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. Scand J Caring Sci 2005;19:157-68.
21. Kasuya RT, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. Postgraduate Medicine [online] 2000 [citado 2007 Jan 09];108(7). Disponível em: URL: http:// www.postgradmed.com/issues/2000/12_00/kasuya.htm
22. World Health Organization (WHO). Home-based long term care. Geneva: WHO;1999. WHO technical report series, No.898.
23. Perroca MG, Ek A-C. Swedish advanced home care: Organizational structure and implications of adopting this care model in Brazilian Health Care System. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(6):851-8.

Artigo original

Ações de educação em saúde sobre planejamento familiar: novas perspectivas para a comunidade Cachoeiro do Município Sobral - CE

Adriano Ferreira Martins*, Denise Tomaz Aguiar*, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, M.Sc.**

**Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - Sobral – CE, **Enfermeira, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú*

Resumo

O Planejamento Familiar compreende uma área de fundamental importância para a saúde da mulher. Este estudo teve como objetivo investigar o conhecimento das mulheres sobre Planejamento Familiar e ainda promover ações de educação em saúde na área. Trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem qualitativa, que foi realizada no segundo semestre de 2005. Os participantes foram 30 mulheres em idade fértil com vida sexual ativa, residentes na comunidade Cachoeiro em Sobral – CE. Os dados foram coletados por entrevista estruturada e posteriormente analisados. Nesta análise podemos criar um perfil facilitando as atividades posteriores como o desenvolvimento da ação baseado na necessidade das participantes. A Ação de educação em saúde foi utilizada como ferramenta importante para sensibilizá-las sobre a importância do planejamento e cuidados com a saúde. Pudemos ao final notar que o conhecimento destas sobre Planejamento Familiar é, ainda, incipiente.

Palavras-chave: planejamento familiar, educação em saúde, anticoncepção, saúde da mulher.

Abstract

Action of education in health on family planning: new perspectives for the Cachoeiro Community of the City Sobral – CE

The Family Planning is seen as a very important area for the woman's health. It's a decisive factor to prevent pregnancy, protection against STD's and family planning concerning the number of children. This study aims at actions on family planning in suburbs in Sobral city – Ceará State. It is about a "research-action" with qualitative approach, which was carried out in the second semester of 2005. 30 women at the fertile age with active sexual life were researched in Cachoeiro community. The data were collected by structuralized interviews and then analyzed. In this analysis, we can create a profile facilitating posterior activities. Through health education, we sensitize them for the importance of family planning and care with the health. We have seen that this community is getting information mainly through health professionals.

Key-words: family planning, health education, contraception, woman's health.

Artigo recebido em 11 de abril de 2007; aceito em 10 de dezembro de 2007.
Endereço para correspondência: Cibelly Aliny Siqueira Lima, Av. da Universidade, 850, Campus da Betânia, 62040-370 Sobral CE, E-mail: cibellyaliny@ig.com.br

Resumen

La planificación familiar comprende un área de importancia básica para la salud de la mujer. Este estudio tiene como objetivo investigar el conocimiento de las mujeres en la planificación familiar y también para promover la acción de la educación en el área de la salud. Este trabajo se trata de una investigación-acción cualitativa, realizada entre agosto y diciembre de 2005. Los participantes fueron 30 mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, residentes de la comunidad Cachoeiro en Sobral-CE. Los datos fueron colectados y estructurados en entrevistas, posteriormente analizadas. Esta investigación, posibilita crear un perfil para facilitar las actividades posteriores, como el desarrollo de acciones basadas en la necesidad de los participantes. La acción de la educación en la salud fue utilizada como una herramienta importante para sensibilizar la comunidad de la importancia de la planificación familiar y los cuidados con la salud. Podemos finalmente notar que el conocimiento de esto en la planificación familiar, no obstante, es incipiente.

Palabras-clave: planificación familiar, educación en salud, anticoncepción, salud de la mujer.

Introdução

O conceito de planejamento familiar não se restringe apenas aos aspectos procriativos, mas abrange o conjunto das necessidades e aspirações de uma família, incluindo moradia, alimentação, estudo, lazer, etc. No entanto, por força do hábito, o conceito de planejamento familiar está hoje circunscrito às questões da reprodução, quando não, apenas àquelas ações de controle da fecundidade, ou anticoncepção [1].

De acordo com a Constituição Federal e com a Lei 9.263, de 12/01/1996, é responsabilidade do Estado propiciar condições para que homens e mulheres tenham acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da sua fecundidade. O planejamento familiar é direito dos cidadãos de decidirem livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos [2].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, a cada ano, ocorram em todo o mundo, 75 milhões de gestações não planejadas, que podem ocorrer por duas razões: a não utilização de métodos contraceptivos ou falhas nos métodos. A não utilização de métodos se relaciona ao desconhecimento de sua existência ou aplicação, a falta de recursos financeiros para aquisição, o pouco ou nenhum poder de decisão das mulheres de engravidar [3].

A falha nos métodos pode também ser advinda da grande dificuldade, por parte dos pais e educadores, em falar sobre sexo com os adolescentes, talvez por um passado repressor em relação a este assunto. Se não é fácil falar sobre sexo e anticoncepção para o adulto, torna-se ainda mais difícil para o adolescente. A jovem brasileira inicia sua atividade sexual entre quinze e dezessete anos, de maneira geral, de forma escondida dos pais e sem aconselhamento prévio [4].

Em relação à anticoncepção, dados do Ministério da Saúde apontam que 55% das adolescentes solteiras e sexualmente ativas, no Brasil, nunca haviam usado qualquer método anticoncepcional.

No Brasil, os dados da Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde, realizado em 1996, mostram que cerca de 50% das mulheres que foram mães entre 1990 e 1995 não planejaram a gestação. Mulheres jovens e adolescentes são particularmente de risco [5].

A orientação em planejamento familiar é a interação de pessoa a pessoa ou de pessoa a grupo, por meio da qual o orientador proporciona informação adequada que permite ao cliente fazer uma escolha consciente e voluntária sobre o método anticoncepcional que seja melhor para ele. O orientador deve garantir que os clientes conheçam as vantagens e desvantagens de todos os métodos anticoncepcionais disponíveis e ajudá-los a considerar suas necessidades, opções e sentimentos de modo que possam formar suas próprias opiniões e tomar sua decisão pessoalmente satisfatória. Para realizar orientação em planejamento familiar é necessário estar atento aos valores de preferência pessoais, manter o sigilo profissional e estabelecer um ambiente de confiança [6].

Entendemos que ações efetivas de planejamento familiar exercem grande impacto na morbimortalidade materno-infantil, permitem a redução do número de gestações indesejadas, diminuição do número de abortos provocados e melhor assistência às gestações em geral e às gestações na população de risco reprodutivo. O resultado dessas ações efetivas associado à assistência ao pré-natal, parto, puerpério e recém-nascido, culmina com a redução das complicações evitáveis em decorrência da assistência qualificada durante esse período.

Neste sentido é que nos propusemos a realizar este estudo, com vistas a desenvolver atividades

promotoras de saúde sobre planejamento familiar, conhecer o perfil socioeconômico e antecedentes gineco-obstétricos, investigar o conhecimento sobre o planejamento familiar e ainda possibilitar ações de educação em saúde na área de planejamento familiar com as mulheres em idade fértil domiciliadas na Comunidade Cachoeiro em Sobral - CE.

Material e métodos

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação de abordagem qualitativa, por entender que se faz necessário para o êxito de nosso estudo uma maior interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, na qual os pesquisadores e os participantes representativos do problema estão envolvidos do modo cooperativo ou participativo [7].

A pesquisa qualitativa é caracterizada como de inquisição sistemática com a preocupação dos seres humanos e da natureza de suas transações consigo mesmo e com seus arredores, a qual se baseia na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana [8].

Realizamos o estudo com 30 mulheres em idade fértil domiciliadas na comunidade Cachoeiro e que aceitaram participar a partir da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa foi realizada na comunidade Cachoeiro no município de Sobral, localizada na região norte do estado do Ceará, distando da capital Fortaleza, 224 Km. Sobral é considerado um importante centro de referência para todo o Estado e em relação à prestação de serviços de saúde conta com cinco hospitais, sendo um deles referencia para toda a região e 40 equipes de saúde da família, onde 27 encontram-se na sede e 13 no interior.

O local escolhido para desenvolvermos a coleta de dados pertence a área de abrangência do Centro de Saúde da Família (CSF) Dr. Estevam Ferreira da Ponte (PSF do Junco). Esta é uma micro-área periurbana de saúde localizada na área descentralizada do Junco, bairro da cidade de Sobral. A micro-área caracteriza-se por clima semi-árido. Sua população total é de 572 habitantes, distribuídos em 60 famílias sendo 308 do sexo feminino e 254 do masculino. A faixa etária predominante está entre 20-40 anos. A maioria da população é analfabeta. As casas são comumente de taipa não revestida, desprovida de energia elétrica e sem saneamento básico. A água utilizada pela população provém diretamente do açude. A ocupação mais freqüente é de agricultor para homens e de dona-de-casa para mulheres. A alimentação é proveniente da agricultura de subsistência e conseqüentemente varia de acordo com a colheita. Por ser uma área distante da sede do CSF, as famílias têm acesso restrito aos serviços de saúde o que torna o trabalho mais complexo obrigando a priorizar áreas mais carentes.

Para desenvolvermos a pesquisa, procedemos da seguinte forma:

Etapa 1: o estudo teve início durante o mês de setembro de 2005, através do primeiro contato, com apresentação à comunidade por intermédio de visitas aos domicílios;

Etapa 2: usamos uma entrevista estruturada com o objetivo de caracterizar as mulheres do estudo, considerando as variáveis socioeconômicas e antecedentes gineco-obstétricos, bem como desvelar o conhecimento das participantes acerca do planejamento familiar;

Etapa 3: a ação teve como objetivo oferecer informações necessárias para a escolha e o posterior uso do método mais adequado, a partir da realização de oficina. Priorizamos a prática educativa-participativa que permite a troca de informações e experiências baseando-se nas vivências das próprias mulheres. Utilizados modelos de aparelho reprodutor, álbuns seriados, mostruário de métodos contraceptivos, além de uma linguagem acessível, simples e precisa. Abordamos assuntos como: importância do Planejamento Familiar; noções fisiológicas e anatômicas dos órgãos sexuais; tipos de métodos contraceptivos baseados em características, vantagens, desvantagens, efetividade, contra-indicações e complicações; e prevenção de DST/AIDS.

A análise dos resultados está exposta da seguinte forma: a caracterização das participantes está apresentada em forma de tabelas; o conhecimento sobre Planejamento Familiar está posto em forma de categorias e a intervenção encontra-se exposta de forma descritiva.

Realizamos o estudo preservando a identidade das participantes com um conhecimento que vise esclarecê-las sobre a natureza e finalidade do estudo para um livre e esclarecido consentimento da sua participação na pesquisa. Para tanto, obedecemos

aos princípios da resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que consta de quatro referenciais básicos da bioética para obtenção de êxito da pesquisa com seres humanos, sendo eles: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça [9].

Resultados e discussão

A análise dos dados foi realizada respeitando a cultura e a visão de mundo das informantes. Inicialmente caracterizamos as participantes e em seguida, resgatamos as informações sobre o conhecimento destas acerca dos métodos contraceptivos em categorias, bem como, descrição da ação desenvolvida junto as mulheres.

Caracterizando as mulheres

Neste tópico, caracterizamos as mulheres considerando as condições socioeconômicas, dados gineco-obstétricos e hábitos de vida (consumo de tabaco e álcool, realização de exame ginecológico e auto-exame das mamas). As condições socioeconômicas serão descritas considerando as variáveis: faixa etária, escolaridade, estado civil, ocupação e renda.

Tabela I - Caracterização das mulheres em idade fértil domiciliadas na comunidade Cachoeiro, quanto às condições socioeconômicas. Sobral – Ceará, 2005.

Variáveis	N°	%
Faixa Etária		
10 – 19 anos	9	30
20 – 29 anos	12	40
30 – 39 anos	6	20
≥40 anos	3	10
Escolaridade		
Analfabeta	5	16,7
Ensino Fundamental Incompleto	16	53,3
Ensino Fundamental Completo	5	16,7
Ensino Médio Completo	4	13,3
Estado Civil		
Sem companheiro	9	30,0
Com companheiro	21	70,0
Ocupação		
Dona de casa	11	36,7
Operária	5	16,7
Doméstica	3	10,0
Artesã	2	6,7
Agricultora	1	3,3
Estudante	4	13,3
Desempregada	4	13,3
Renda mensal		
Sem renda	2	6,7
< 1 SM	16	53,3
≥1 SM	12	40,0
Total	30	100,0

Observamos que a maioria das mulheres compreende uma faixa etária de 23 a 32 anos, que possui o Ensino Fundamental Incompleto, convive maritalmente, tem ocupação "Dona de casa" e possui renda familiar mensal inferior a um salário mínimo.

Os dados gineco-obstétricos compreendem as variáveis: número de filhos, aborto, menarca, idade da primeira relação sexual e partos.

Tabela II - Caracterização das mulheres em idade fértil domiciliadas na comunidade Cachoeiro, quanto aos dados Gineco-obstétricos. Sobral - Ceará , 2005.

Variáveis	N°	%
Menarca		
10 a 12 anos	14	46,7
13 a 15 anos	15	50,0
Não se lembra	1	3,3
Total	30	100,0
Primeira relação sexual		
Não teve	5	16,7
10-14 anos	4	13,3
15-19 anos	15	50
20-29 anos	5	16,7
Não sabe	1	3,3
Total	30	100,0
Número de filhos		
Nenhum	8	26,7
De 1 a 3 filhos	18	60,0
De 4 a 6 filhos	3	10,0
> 6 filhos	1	3,3
Total	30	100,0
Número de partos normais		
Nenhum	4	18,2
De 1 a 3 partos	13	59,1
De 4 a 6 partos	4	18,2
> 6 partos	1	4,5
Total	22	100,0
Número de partos cesáreos		
Nenhum	16	72,7
1 parto	3	13,6
2 partos	3	13,6
Total	22	100,0
Número de abortos		
Nenhum	16	72,7
1 aborto	2	9,1
2 abortos	4	18,2
Total	22	100,0

De acordo com os aspectos gineco-obstétricos vimos que a maioria das mulheres teve menarca de 13 a 15 anos, primeira relação sexual entre os 14 e os 16 anos, possui de um a três filhos, com ausência de abortos e teve pelo menos um parto normal ou pelo menos um parto cesáreo.

Para analisarmos os hábitos de vida resgatamos as seguintes variáveis: tabaco, álcool, exame ginecológico e auto-exame das mamas (de acordo com a periodicidade).

Tabela III - Caracterização das mulheres em idade fértil domiciliadas na comunidade Cachoeiro, quanto aos os hábitos de vida e de saúde. Sobral - Ceará, 2005.

Variáveis	N°	%
Tabagismo	8	26,7
Álcool	6	20,0
Exame ginecológico (anualmente)	13	43,3
Auto-exame das mamas (mensalmente)	16	53,3

No que se refere aos dados de hábitos de vida, constatamos números significativos de mulheres não fumantes, não alcoolistas, que não executam anualmente o exame ginecológico e que mensalmente realizam o auto-exame das mamas.

Conhecimento das mulheres sobre o planejamento familiar

Para abordarmos sobre o conhecimento das participantes no que diz respeito ao planejamento familiar abstraímos os métodos contraceptivos conhecidos pelas mulheres, bem como os meios de comunicação dos quais são obtidas as informações sobre os métodos contraceptivos.

Tabela IV - Caracterização das mulheres em idade fértil domiciliadas na comunidade Cachoeiro, quanto aos métodos contraceptivos conhecidos. Sobral - Ceará, 2005.

Método	N°	%
Camisinha masculina	30	100,0
Pílula	26	86,7
DIU	13	43,3
Injetável	8	26,7
Diafragma	3	10,0
Tabelinha	3	10,0
Camisinha feminina	2	6,7
Outros (gelol, remédio do mato, pomada).	3	10,0

Os métodos mais popularmente conhecidos são: a camisinha masculina, mencionada por todas as entrevistadas, e a pílula por 26, constituindo os métodos mais evidenciáveis na Comunidade Cahoeiro pelas mulheres entrevistadas.

Tabela V - Caracterização das mulheres em idade fértil domiciliadas na comunidade Cachoeiro, quanto aos meios de comunicação para obtenção de informações sobre os métodos. Sobral - Ceará, 2005.

Meio de informação	N°	%
Profissionais da saúde	22	73,3
Acadêmicos da área de saúde	5	16,7
Escola	5	16,7
Televisão	3	10,0
Familiares e amigos	2	6,7
Grupo comunitário	2	6,7
Revista	2	6,7
Farmácia	1	3,3

Observamos que a grande maioria das mulheres obtém informações através dos profissionais de saúde, tendo como outra fonte de informação relevante os acadêmicos da área da saúde e o ambiente escolar.

Analisando as categorias abstraídas

- Entendimento sobre Planejamento Familiar

Ao serem perguntadas sobre o que elas entendiam sobre Planejamento Familiar, 11 mulheres, demonstraram ter conhecimento com respostas claras do que ao certo estavam sendo questionadas, apontando como maior preocupação a questão do número de filhos.

> "Acompanhamento das instruções médicas para saber como evitar a gravidez." (Entrevistada 7)

> "Programar, planejar, esperar." (Entrevistada 13)

Algumas mulheres mostraram de fato o que estão mencionando quando relatam o interesse de poder decidir quando será o ideal momento para começar a construção da família.

> "É um dia organizar, quando quer engravidar, planejar o filho, a gravidez, pensando no futuro que eles vão ter, pois as condições financeiras em que vivemos..." (Entrevistada 8)

Porém, percebemos que a maioria, 19 mulheres, não entendia o que tratava o questionamento.

> "Nunca ouvi falar nessa palavra." (Entrevistada 25)

Outras, quando questionadas, mencionaram aspectos que não englobam o sentido de Planejamento Familiar.

> "Relacionamento de pais e filhos sobre a vida, eu acho que é ensinar sobre sexualidade...". (Entrevistada 11)

> "Pra ajudar a família e educar os filhos." (Entrevistada 15)

- Participação do parceiro no Planejamento Familiar

Analisamos as informações relacionadas à opinião das mulheres quanto à escolha dos métodos e a participação de seus parceiros, se havia e como ocorria. Vimos que a maioria respondeu que não ocorre a participação do parceiro na escolha do método, e ainda, não utiliza nenhum método com freqüência, por dificuldades de acesso de obtenção e até, como afirmam, alguns atrapalham no prazer sexual trazendo idéias negativas em relação a tal.

> "Ele não diz nada, meu marido não gosta de camisinha, ele acha ruim..." (Entrevistada 3)

> "Nos não usa nada." (Entrevistada 6)

Entretanto, visualizamos que algumas mulheres confirmaram a participação do parceiro na escolha do método. O método geralmente é uma escolha de ambos no qual trará maiores benefícios para a relação.

> "Ele diz que é bom agente usar camisinha, assim eu acho que ele participa." (Entrevistada 7)

> "Ele ajuda... nós decidimos que eu ia usar o DIU, é melhor." (Entrevistada 3)

> "Planejamos que às vezes nós ia usar camisinha." (Entrevistada 20)

> "Ele concorda com o método que eu escolhi para mim, nos decidimos". (Entrevistada 14)

- Utilização dos métodos contraceptivos

Encontramos conceitos convergentes no que diz respeito ao método e utilização destes, sempre com o objetivo de proporcionar educação em saúde. Verificamos que muitas mulheres sabem o modo de usar, alguns riscos e benefícios que estes venham a trazer.

> "Eu acho que se toma uma pílula todo dia. Se for injeção é uma vez por mês no mesmo dia, ainda tem a camisinha, eu sei como é." (Entrevistada 17)

> "A pílula eu sei que usa 5 dias após a menstruação, tem também um intervalo né, e depois é que toma de novo". (Entrevistada 23)

> "Sei que a camisinha se usa no momento da relação, mas os outros eu não conheço" (Entrevistada 9)

> "O DIU é o médico que coloca na vagina. A pílula toma no 3º dia após a menstruação. O diafragma coloca na vagina antes da relação e tira depois... e a camisinha é o parceiro que coloca" (Entrevistada 19)

> "Toma a pílula sete dias depois da menstruação, e se for injeção toma de três em três meses". (Entrevistada 22)

> "Tabelinha faz antes e depois da menstruação 10 dias" (Entrevistada 30)

Descrevendo a vivência com as mulheres

Em dezembro de 2005 foi realizada a ação educativa, envolvendo uma oficina de Planejamento

Familiar e recreação com as crianças, possibilitando a participação das mulheres.

Figura 01

Figura 02

Antes de darmos início a oficina de Planejamento Familiar certificamo-nos de que as mulheres participantes do estudo estavam presentes. Primeiramente, abordamos alguns aspectos que envolvem o planejamento familiar, tais como, o direito de planejar o número de filhos e o momento adequado para tê-los, considerando fatores socioeconômicos e/ou psicológicos e presença do parceiro, entre outras coisas; em seguida, expomos os modelos do aparelho reprodutor feminino e masculino descrevendo seus órgãos e suas funções, para isso foi utilizado o álbum seriado com ilustrações.

Num segundo momento discorremos sobre os métodos contraceptivos: tabela, pílula, camisinha feminina e masculina, espermicida, DIU (dispositivo intra-uterino), pílula do dia seguinte, contraceptivo injetável, diafragma, coito interrompido, laqueadura e vasectomia; com cada método em mãos e figuras ilustrativas foram englobados o modo de usar, riscos e benefícios. Nesse momento houve bastante interação por parte dos participantes, várias dúvidas surgiram principalmente relacionadas ao modo de usar alguns métodos como a camisinha feminina e o diafragma, os riscos trazidos pela vasectomia sempre em meio a risos e olhares constrangidos com descontração e troca de experiência.

Em seguida, exploramos conteúdos sobre algumas DST mencionando sobre o significado, porque se preocupar, como preveni-las e a transmissão, além de alguns aspectos do tratamento. Abordamos, ainda, doenças como Cancro, Gonorréia, Condiloma Aculminado, Herpes, Candidíase e AIDS, utilizando álbum seriado com ilustrações dessas doenças.

Para finalizar, realizamos alguns aconselhamentos individuais após o término da oficina, depois distribuímos panfletos educativos e preservativos masculinos.

Figura 03

É importante considerar que a realização da oficina tem objetivo de sensibilizar os participantes para a importância de planejar a família e cuidar também de sua saúde. Assim sendo a busca de informações feita principalmente com os profissionais de saúde, entendendo que a população compreende que a unidade de saúde é o espaço que eles têm para dirimir dúvidas, mesmo tendo problemas de acessibilidade com a mesma.

Conclusão

Concluímos que há uma prevalência de conflitos entre o conhecimento das mulheres entrevistadas, pois o tema além de possuir uma dose de polêmica é muito abrangente no que releva a saúde da mulher.

Consideramos que o Planejamento Familiar é uma área de fundamental importância para a saúde da mulher, visto que constitui um fator decisivo para a contracepção, para a proteção de doenças sexualmente transmissíveis, e ainda, para planejar o número de filhos e o espaçamento entre eles.

Durante a realização deste estudo, defrontamonos com inúmeras dificuldades, desde as entrevistas à ação educativa. Na realização das entrevistas, o acesso da equipe às residências foi uma das dificuldades encontradas já que a comunidade Cachoeiro é localizada na zona periurbana, possuindo uma estrada de terra, onde muitas vezes só é possível ter acesso caminhando. Outra dificuldade encontrada foi na abordagem das mulheres para a participação na pesquisa, muitas demonstravam constrangimento e medo ao falarmos sobre o assunto, não conseguindo verbalizar suas dúvidas com clareza, sempre adaptando a linguagem ao padrão cultural destas. Ainda, poderíamos mencionar a dificuldade para convencermos as entrevistadas a participarem da ação educativa, pois as mesmas criticavam a distância das suas residências ao local da Ação e Natal ou do perigo existente na comunidade no retorno para seus domicílios.

Ressalta-se a importância da educação em saúde exercida no momento em que ocorria a aplicação das entrevistas nas quais realizávamos uma oficina com orientações sobre métodos contraceptivos, auto-exame das mamas e a importância da realização anual do exame clínico e ginecológico.

Referências

1. Costa AM. PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução; 1992.
2. Ministério da Saúde (BR). Ter ou não filhos: eis a questão [online]. [citado 2005 Out 13]. Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19028
3. Rodrigues HC. A percepção das adolescentes grávidas do bairro Terrenos Novos de Sobral – Ceará sobre os métodos contraceptivos [dissertação]. Sobral (CE): Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia; 2002.
4. Silva MR, Silva NC, Rossi VEC. Diagnósticos de enfermagem a uma mãe adolescente. Enfermagem Brasil 2005;4(3):185-89.
5. Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Departamento Metodológico e Cientifico. Normas para usos de métodos e técnicas anticoncepcionais. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1990.
6. Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Departamento de programas. Guia de planejamento familiar para Agentes de Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM; [199?].
7. Thiollent M. Concepção e Organização da pesquisa. In: Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 1985.
8. Polit D, Hungler F. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
9. Ministério da Saúde. Resolução No 196/96 sobre Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996.

Artigo original

Aspectos éticos e implicações legais das infrações notificadas no COREN/RJ entre os anos 2000 e 2005

Elaine Cortez, M.Sc.*, Iule Maria de Souza Castro**, Josimere de Fátima Almeida Sales**, Pamela Andrade Almeida**, Patrícia Coutinho Uchoa da Silva**, Thiago Gomes do Carmo***

** Doutoranda em enfermagem da EEAN/UFRJ, Especialista em saúde pública, saúde da família, saúde do trabalhador e docência do ensino superior, docente da UNESA e UNIPLI, **Enfermeiras graduadas pela Universidade Estácio de Sá, ***Advogado, Fundação Escola Superior do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro*

Trabalho premiado em 1º. lugar (prêmio "Profa. Nazareth Freire de Lira – Ética Profissional") durante a XIV Semana Científica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, realizada em conjunto com a I Jornada Científica de Enfermagem do HUAP, 22 a 26 de outubro de 2007, Niterói RJ

Resumo

O objetivo de nosso estudo foi identificar e analisar as prevalências das infrações notificadas cometidas pelos profissionais de enfermagem e identificar o andamento do processo das infrações notificadas. Como plano metodológico utilizamos a pesquisa documental no COREN/RJ, através de uma análise quantitativa dos 78 documentos/registros de 2000 a 2005. Destacamos a negligência, o desrespeito e a imprudência, representando respectivamente 24,0%, 9,0% e 8,0% das infrações notificadas. Com relação ao julgamento dos processos, 71,0% se encontram em andamento processual e 29,0% já concluídos. Como conclusão esperamos com esta pesquisa despertar no profissional de enfermagem um olhar mais crítico e problematizador de seus atos, em prol da segurança de uma boa assistência.

Palavras-chave: ética, equipe de enfermagem, legislação de enfermagem, exercício da enfermagem.

Abstract

Ethical aspects and legal implications of the notified infractions in COREN/RJ from 2000 to 2005

The aim of our study was to identify and to analyze the prevalence of the notified infractions in the professional nursing practice; and to identify the notified infractions process. A documental research was used in the COREN/RJ through

Artigo recebido em 26 de abril de 2007; aceito em 12 de dezembro de 2007.
Endereço para correspondência: Elaine Cortez, Rua Dr. Catrambi, 240/102, 20531-005 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21)2238-1855, E-mail: nanicortez@hotmail.com

quantitative analysis from 78 documents/records from 2000 to 2005. We pointed out the negligence, the disrespect, and the imprudence, representing, respectively 24.0%, 9.0% and 8.0% of the notified infractions. In relation to the judgment processes, 71.0% pertaining to a legal process and 29.0% already concluded. In short, with this research we hope to awake in nursing professional a more critical look and to put in doubt his or her acts, on behalf of a security of good care.

Key-words: ethics, nursing team, nursing legislation, nursing practice.

Resumen

Aspectos éticos y legales de las infracciones notificadas en COREN / RJ entre los años 2000 y 2005

El objetivo de nuestro estudio fue identificar y analizar la prevalencia de las infracciones notificadas en la práctica profesional de enfermería e identificar el seguimiento de las infracciones notificadas. Como metodología, utilizamos la investigación documental en el COREN/RJ, a través de un análisis cuantitativo de 78 documentos/registros de 2000 hasta 2005. Destacamos la negligencia, la falta de respeto, y la imprudencia, representando, respectivamente 24,0%, 9,0% y 8,0% de las infracciones notificadas. Respecto al juicio de los procesos, 71,0% se encuentran en proceso legal, y 29,0% ya están concluidos. Como conclusión esperamos despertar en el profesional de enfermería una mirada más crítica y problematizadora de sus actos, en favor de la seguridad de una asistencia de buena calidad.

Palabras-clave: ética, equipo de enfermería, legislación de enfermería, ejercicio de enfermería.

Introdução

Os aspectos éticos e legais sempre são pertinentes ao profissional de enfermagem e mesmo os mais desinteressados se deparam em questões que no seu dia-a-dia demandam o respaldo da lei, da moral, do valor e da ética.

Nessa linha de pensamento, faz-se necessária uma reflexão mais apurada acerca deste assunto, pois o mesmo não tem como deixar de estar inserido na vida do enfermeiro, o qual deve ter como aliado de trabalho um conhecimento teórico e prático, bem como científico e ético, de modo a embasar os seus atos profissionais.

Este trabalho justifica-se pela possibilidade do profissional de enfermagem poder avaliar as suas ações, como também contribuir para a realidade social, que muitas vezes é o objeto direto dos acometimentos das infrações. Em respaldo a este raciocínio, há alguns autores que comentam, em revistas relacionadas à ética profissional, que a maioria dos problemas concentram-se na postura inadequada dos profissionais de enfermagem e nas questões referentes à medicação [1].

Concordamos no sentido de que o Código de Ética de enfermagem e os direitos do paciente devem caminhar juntos, de forma a proporcionar um fortalecimento global dos profissionais que são regidos por este código, principalmente no que se refere a moral, ao valor e à ética, sendo que, estes unidos ao cenário da bioética e dos direitos humanos não podem deixar de caminhar juntos frente à postura profissional dos enfermeiros na atualidade.

Acreditamos que muitas atitudes podem e devem ser mudadas, melhoradas a partir de uma conscientização ética sólida em cada profissional. Dessa forma, sobreleva notar que determinadas atitudes, especificamente as quais interfiram negativamente na recuperação, seja ela física ou psíquica do cliente, como também na prevenção, no tratamento e na readaptação, não sejam aceitas pacificamente pela sociedade, de forma a impedir que haja uma violação do código profissional de ética.

A Lei n 5.905/73 dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, a disciplina do exercício profissional, a proteção da população contra os maus profissionais. Paralelamente a vertente lei, o Código de Ética respalda a autonomia do enfermeiro, permitindo-o dizer sim ou não, dentro da legalidade, para as situações que contraponham as suas habilidades profissionais e emocionais, como também científicas, uma vez que a enfermagem não se submete mais à categoria médica, pois passou a ter autonomia teórica, científica e ética [2].

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [2] reúne normas e princípios, direitos e deveres pertinentes com a conduta ética do profis-

sional as quais devem ser assumidas, como também as considerações prioritárias, as necessidades e os direitos de assistência de enfermagem que deverão ser prestados para a população, com devida qualidade e sem riscos.

Diante disso, não é difícil perceber que a ética não é fácil de ser vivenciada e, muito menos, propagada, pois envolve valores culturais e pensamentos já enraizados na sociedade e nos profissionais. Vindo ao encontro destas e outras dificuldades, percebemos que a imprudência, a imperícia e a negligência geram muitas vezes conseqüências catastróficas aos clientes, na maioria dos casos, passam desapercebidas, o que nos faz acreditar que condutas desta natureza estejam dentro dos padrões da normalidade social.

As infrações envolvem várias questões, mas, muitas vezes, não é só influência do erro humano que faz um fator preocupante e relevante; as condições específicas do atendimento à saúde no contexto nacional interferem, também, na investigação dos aspectos estruturais existentes. O conhecimento das condições de trabalho dos profissionais, as atividades em duplas jornadas e as condições de saúde merecem igual atenção, pois podem precipitar o desencadeamento de ocorrência de iatrogenia interferindo na qualidade da assistência [3].

Nesse sentido, temos como objeto de estudo: os aspectos éticos em relação às notificações das infrações do exercício profissional.

Com base neste objeto, temos o seguinte problema de pesquisa: Qual a prevalência das infrações notificadas cometidas pelo profissional de enfermagem e o andamento dos processos das infrações notificadas?

Este trabalho tem como objetivos: identificar e analisar as prevalências das infrações notificadas cometidas pelos profissionais de enfermagem e, também, identificar o andamento do processo das infrações notificadas.

Assistir aos nossos clientes, dando a cada um que nos procure cuidados seguros, técnicos e científicos, sem riscos e sem ameaça à vida, é um dos objetivos do cuidado de enfermagem. Embora a responsabilidade da ação seja inerente ao profissional que deve buscar o conhecimento científico e técnico para oferecer assistência sem riscos, sabemos que uma clientela exigente e conhecedora ajuda a modificar o perfil do profissional, como também a realidade social da profissão.

As informações colhidas e analisadas neste trabalho serão de alta relevância, pois nos permitirá perceber uma suscetibilidade ao erro, levando-nos a trabalhar de forma mais atenciosa e segura.

Essa pesquisa tem por finalidade proporcionar uma contribuição aos profissionais de enfermagem, como também, a sociedade, informando-a dos possíveis riscos que podem ser ocasionados. Assim, a questão deve ser encarada com um olhar crítico e problematizada, visto que muitos profissionais deixam a segurança de uma boa assistência em segundo plano. Freire [4] já nos dizia que o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática, pois é nesse pensar crítico, na prática presente ou pretérita, que se pode melhorar a prática futura. Contribui também para o meio acadêmico, a percepção de onde se encontram as maiores probabilidades do erro e, assim, tentar mudar essa realidade. Enfatizamos a necessidade de uma educação ética mais abrangente nos cursos de graduação de enfermagem, para possibilitar uma maior reflexão a respeito da consciência ética dos estudantes [1].

Materiais e métodos

Este estudo tratou-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e documental, com abordagem quantitativa.

Escolhemos como cenário de pesquisa o banco de dados de um órgão fiscalizador do Estado do Rio de Janeiro, o Conselho Regional de Enfermagem – COREN-RJ, onde estavam resguardadas as principais documentações sobre as infrações cometidas pelas equipes de enfermagem e o andamento das mesmas, notificadas entre os anos de 2000 a 2005.

Ressalte-se que, a pesquisa em tela utilizou documentos/registros que continham os dados referentes às notificações das infrações disciplinares dos profissionais de enfermagem, de modo que a partir desse material, buscamos caracterizar os infratores no que tange a sexo, idade, categoria profissional, tempo de formação, tipos de infração e andamento dos processos, com o objetivo de responder a problemática aqui levantada. Cabe evidenciar que os dados foram coletados no período de maio a setembro de 2006.

Após termos selecionados os dados documentais coletados no COREN/ RJ, realizamos a análise quantitativa percentual por ano de ocorrência de acordo com a referida caracterização. Ademais, apresentamos esses dados em forma de tabelas e procedemos à análise crítica em consonância com artigos científicos.

Marco referencial

Ponderações acerca do código de ética de enfermagem

A ética é preocupação, uma luta pelo bem estar, não só individual, como também coletiva, podendo ser definida como a ciência do comportamento humano em sociedade [5].

O capítulo I, Dos Princípios Fundamentais, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, relata o compromisso que a enfermagem tem com a saúde humana e com a coletividade, tanto na promoção e na recuperação como na reabilitação, assim, respeitando a vida, os preceitos éticos e legais, sem nenhuma discriminação de qualquer natureza, e com total autonomia [6].

Quanto aos direitos previstos no capítulo II, podemos falar sobre a importância do conhecimento técnico, que nos leva a ter condições de recusar a execução de atividades que não sejam de nossa competência legal, tendo como um aliado o código de ética e a Lei 7498/86 do exercício profissional [6]. Torna-se explícito que esse direito nos é tirado, ou em muitas vezes reduzido, pelas instituições privadas que nos amedrontam com a repressão da perda de emprego.

No que concerne às responsabilidades delimitadas no capítulo III, vislumbra-se a obrigatoriedade de oferecer uma assistência segura, livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, respaldada em conhecimento teórico e prático. De igual modo, o reconhecimento de qualquer falta cometida, independente de ter sido esta individual ou coletiva, tem caráter claro e preciso, não permitindo qualquer dúvida pelo código, ou seja, esta falta cometida será de responsabilidade de toda a equipe [6].

Os deveres consignados no capítulo IV nos levam a efetivação da ética, da moral e do valor. Portanto, devemos exercer nossa profissão com justiça, competência, responsabilidade e honestidade, deixando fluir de nossos sentimentos mais nobres a precisão da assistência e sua continuidade [6].

No capítulo V, temos as proibições. As proibições caracterizam-se por serem fatores limitativos no processo pessoa-cuidador. Sendo assim, não é permitido negar assistência em caso de urgência ou emergência, de abandonar o cliente no meio de um tratamento, de tirar a vida em qualquer uma das instâncias [6].

Em referência ao que determina o capitulo VI, evidenciam-se os deveres disciplinares. O profissional deve atender estritamente o que orienta o Código de Ética, cumprindo as solicitações e decisões administrativas dos conselhos regionais e federal, bem como a regularização de suas obrigações financeiras [6].

No capítulo VII, estão previstas as infrações e penalidades que os profissionais de enfermagem poderão incorrer caso violem os preceitos instituídos pelo Código de Ética. Desse modo, em se verificando tal violação, poderão ser reconhecidos como infratores e serem apenados com uma respectiva penalidade [6].

Concordamos com alguns autores [7], quando eles nos dizem que podemos utilizar a teoria utilitária que propõe fazer o maior bem ao maior número de pessoas, e auxilia na escolha de nossas atitudes ao cuidar, fundamentando-nos para melhor desenvolver a ética e o cuidado.

É óbvio que, se o profissional não estiver atento para aprender e se modelar a outras idéias, costumes e realidade, não acontecerá a fusão de valores que norteiam a vivência desse profissional. Porém, se ele for atento aos sinais que a profissão constantemente oferece, irá deixar que a mudança ou o aperfeiçoamento ético aconteçam, contribuindo para que ele seja um profissional respeitável e confiável em seu meio social.

O Poder Judiciário frente às decisões administrativas disciplinares do COFEN/CORENS

O órgão responsável pela disciplina e fiscalização da profissão de enfermagem no Brasil, em nível federal, é o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e de forma regionalizada pelos diversos estados da federação, são os CORENs, ambos instituídos pela Lei 5.905, de 12 de julho de 1973 [2]. Estes órgãos regulamentadores da profissão de enfermagem são de vital importância para a preservação do interesse público, visto que têm o escopo de salvaguardar direitos e garantias fundamentais dos indivíduos como a vida, saúde, integridade física e psíquica, intimidade, entre outros valores consignados na Carta Constitucional de 1988 [8].

Cumpre salientar que, para que haja um controle adequado da atividade de enfermagem no Brasil, com vistas ao atendimento do interesse social, os referenciados Conselhos têm por finalidade verificar a capacidade para o exercício profissional, tendo, inclusive, auto-executoriedade para a aplicação de sanções disciplinares administrativas previstas

taxativamente no Código de Ética de Enfermagem, em face de pessoas físicas ou jurídicas que violem os deveres do profissional de enfermagem e mormente os princípios éticos e morais. Tais penalidades deverão ser materializadas através de processos administrativos regulares pelas autoridades competentes do COFEN e dos CORENs, com atenção aos princípios da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição da República Federativa do Brasil, bem como atendendo a reserva legal do Código de Ética de Enfermagem [2,8].

Ademais, sobreleva evidenciar que o papel do COFEN milita no sentido de estabelecer as diretrizes e instruções gerais que deverão ser observadas pelos Conselhos Regionais, sempre na busca pela melhoria do exercício profissional da enfermagem, além da competência administrativa final quanto à revisão das decisões das penalidades disciplinares emanadas pelos CORENs.

Dessa forma, vislumbra-se que o escopo dos Conselhos Profissionais de Enfermagem em âmbito federal e regional converge para o raciocínio de valorizar e moralizar a profissão da enfermagem, bem como a proteção de interesses sociais, sem que haja a dissociação dos princípios éticos que devem ser intrínsecos ao profissional da enfermagem.

Entretanto, sempre que o profissional de enfermagem considerar que foi prejudicado pelas decisões disciplinares administrativas lavradas pelos Conselhos que regulam a prática profissional da enfermagem, seja preliminarmente pelos CORENs, seja em última instância pelo COFEN, terão o direito subjetivo de provocar o Poder Judiciário para que seja exercido o controle judicial destas decisões. É imperioso constatar, portanto, que o referido controle assume um papel de extrema relevância social, posto que a figura do Juiz devidamente investido de jurisdição, qualifica-se pela cabal imparcialidade, isto é, a sua atuação pauta-se de forma eqüidistante dos interesses das pessoas públicas e privadas, sendo o seu único fator de motivação a Lei ou a Constituição da República.

O controle judicial das decisões administrativas só se faz possível pelo Poder Judiciário, em razão do sistema adotado pelo Brasil, qual seja, o sistema da Unicidade de Jurisdição, idêntico ao adotado nos Estados Unidos, México, etc. Por esta modalidade de controle, nenhuma lei poderá afastar lesão ou ameaça de lesão da apreciação do Poder Judiciário, traduzido este raciocínio na inteligência do inciso XXXV, do artigo 5º, da Carta Política de 1988, melhor dizendo, todos os litígios de caráter administrativo ou privado, estão sujeitos à apreciação e a decisão do Estado, pelos juízes devidamente investidos de jurisdição [8]. Desse modo, apenas o texto constitucional pode contemplar as hipóteses em que o Poder Judiciário não poderá manifestar-se sobre determinada matéria.

A contrário *sensu,* o controle judicial se mostraria impossível, caso o Brasil tivesse adotado o sistema do contencioso administrativo ou da dualidade de jurisdição, cujo sistema é adotado pela França, Itália, entre outros países europeus. No presente sistema, apresentam-se juízes e tribunais pertencentes a Poderes diversos do Estado, de modo que a causa decidida em uma dessas duas justiças, a de âmbito administrativo, ou judicial, ganha força de coisa julgada soberana. Assim, a função jurisdicional é exercida por duas estruturas orgânicas distintas e independentes, sendo elas, a Justiça Judiciária e a Justiça Administrativa.

É cediço concordar com Santos Filho sobre a proficuidade do sistema da Unicidade da Jurisdição adotado pelo Brasil, a qual reside na primazia da imparcialidade do órgão julgador, de modo que são materializadas decisões mais efetivas e eqüitativas, o que pode não ocorrer no sistema da dualidade da jurisdição, pois o Estado-Administração em tese é parte e juiz do conflito [9].

Além disso, é cogente explicitar não mais a possibilidade do controle do Poder Judiciário acerca das decisões administrativas disciplinares do COFEN e CORENs, mas, sim, a sua área de abrangência, isto é, os limites de atuação. Faz-se mister ressaltar que o controle é inclinado em duas vertentes, quais sejam: controle de legalidade, em que se verifica a compatibilidade da decisão com o texto legal, bem como controle de constitucionalidade, se a decisão emanada é compatível com a constituição. Estes controles não podem adentrar o mérito administrativo, entendendo-se pelo uso correto da discricionariedade administrativa, então, apenas admite-se o controle judicial do mérito quando houver um clarividente abuso praticado nas decisões administrativas disciplinares do COFEN e CORENs. Portanto, o que se veda é a reavaliação de critérios de conveniência e oportunidade dos atos que são privativos da autoridade administrativa competente, pois caso contrário, estar-se-ia admitindo que o juiz de igual forma exercesse a função administrativa, o que extrapolaria sua competência, bem como daria margem a uma violação a tripartição dos Poderes,

prevista no artigo 2º da Constituição Federal de 1988 [8].

Aquiescendo com o raciocínio de Oliveira, serve como alicerce os princípios da Legalidade, da Razoabilidade, da Proporcionalidade, da Moralidade, para o devido controle das decisões administrativas disciplinares que se desviam da sua finalidade ou cometem abusos [10].

Discussão

Foram consultados 78 processos. Esses processos referiam-se a denúncias envolvendo o profissional de enfermagem. A caracterização dos dados nos revelou o seguinte:

Caracterização dos denunciados

Essa tabela nos revela que, no período analisado, foi possível identificar a grande prevalência de mulheres envolvidas em infrações éticas.

Vale ressaltar que, embora o homem sempre tenha tido seu espaço nessa profissão e o aumento do número de homens venha ocorrendo na enfermagem, principalmente nas últimas décadas, a disposição numérica entre mulheres e homens ainda é significativa, com predominância do sexo feminino [11].

A Tabela II mostra-nos a prevalência das infrações cometidas pelos auxiliares de enfermagem que, em comparação com o enfermeiro também se sobrepõe. O que nos desperta uma preocupação do presente futuro é uma margem de diferença das infrações entre ambos tão próxima.

Ao lermos Madalosso [12], percebemos um destaque de possibilidades que podem levar ao erro do enfermeiro, como: distanciamento de ações que lhe são próprias, a valorização das ações gerenciais, a desmotivação e/ou desinformação, o envolvimento direto ou indireto de ações que competem a outros profissionais, como psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, a delegação de cuidados, a falta de reciclagem e educação continuada, a sobrecarga de serviço, o desrespeito á lei do exercício profissional, a baixa auto-estima e desvalorização profissional.

Muitos fatores poderiam explicar esta aproximação dos resultados enfermeiro-auxiliar, mas o que mais nos chamou a atenção foi a função do enfermeiro em ser treinador educador/ mantedor/ supervisor e outras. Questionamos como exercer tantas funções e ainda transmitir segurança na assistência

Tabela I - Distribuição dos processos administrativos, segundo o sexo e ano de ocorrência (2000-2005).

Sexo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL	(%)
Homens	4	1	10	6	2	2	26	32,0%
Mulheres	6	1	8	23	5	8	51	65,4%
Equipe de enf.	-	-	-	1	-	1	2	2,6%
Total	10	2	18	30	7	11	78	100%

Tabela II - Distribuição dos processos administrativos segundo as categorias profissionais dos denunciados e ano de ocorrência (2000-2005).

Função do denunciado	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL	(%)
Enfermeiro	4	-	8	10	2	4	28	35,9%
Técnico	-	-	5	6	1	2	14	17,9%
Auxiliar	5	2	5	13	4	4	33	42,3%
Atendente	1	-	-	-	-	-	1	1,3%
Vários	-	-	-	1	-	1	2	2,6%
Total	10	2	18	30	7	11	78	100%

Tabela III - Distribuição dos processos administrativos, segundo o tempo de formação e ano (2000-2005).

Tempo de formação	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL	(%)
0 a 10 anos	8	2	12	12	2	7	43	55,1%
11 a 20 anos	2	-	5	13	4	2	26	33,3%
21 a 30 anos	-	-	1	4	1	1	7	9,0%
+ de 30 anos	-	-	-	-	-	1	1	1,3%
Indeterminado	-	-	-	1	-	-	1	1,3%
Total	10	2	18	30	7	11	78	100%

sem erros, se os dados nos mostram em resultados uma margem muito próxima das infrações.

Podemos observar que, durante os anos de 2000 a 2005, a prevalência das infrações com profissionais de enfermagem ocorreu no lapso temporal de formação de 0 a 10 anos.

Essa prevalência de ocorrência de infrações nos mostra que não há uma distância significativa de tempo em comparação ao ano de conclusão da graduação. Consideramos que deve ser revista toda a formação profissional, além da educação continuada tão necessária.

Vimos que a grande prevalência de infrações se refere a pessoas de 31 a 40 anos de idade. Isso pode ter ocorrido devido ao desgaste entre a vida pessoal e profissional.

Tipificação das infrações/denúncias

Em adoção a presente linha de estudo, passaremos a análise da tipificação das infrações/denúncias que foram imputadas aos profissionais de enfermagem. Adiante, tais infrações/denúncias serão apresentadas na tabela a seguir:

Tabela IV - Distribuição dos processos administrativos, segundo a idade e ano de infração (2000-2005).

Idade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL	(%)
Até 30 anos	2	1	4	4	1	3	15	19,2%
31 a 40 anos	5	1	7	9	2	6	30	38,5%
41 a 50 anos	2	-	5	12	1	-	20	25,6%
+ de 50 anos	1	-	2	4	3	1	11	14,1%
Não se sabe	-	-	-	1	-	1	2	2,6%
Total	10	2	18	30	7	11	78	100%

Tabela V - Distribuição dos processos administrativos, segundo a infração/denúncia e ano de ocorrência (2000-2005).

Infração/denúncia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	(%)
Faltas sem justificativa	1	-	-	-	-	-	1	1,0%
Estelionato	2	-	-	-	-	-	2	2,0%
Peculato	2	-	-	-	-	-	2	2,0%
Desrespeito	3	1	-	2	1	2	9	9,0%
Agressividade	1	-	-	-	-	-	1	1,0%
Irresponsabilidade	2	-	1	-	-	-	3	3,0%
Desobediência	-	-	-	-	1	-	1	1,0%
Discriminação	1	-	-	-	-	-	1	1,0%
Agressão verbal	1	1	1	2	-	1	6	6,0%
Imprudência	1	-	2	1	3	1	8	8,0%
Exercício ilegal	2	-	-	-	-	-	2	2,0%
Agressão física	-	1	2	1	-	1	5	5,0%
Invasão de privacidade	-	1	-	-	-	-	1	1,0%
Negligência	-	-	3	12	2	7	24	24,0%
Imperícia	-	-	2	-	3	2	7	7,0%
Insubordinação	-	-	2	-	-	-	2	2,0%
Falsidade ideológica	-	-	1	-	-	-	1	1,0%
Falsificação de documentos	-	-	1	3	-	-	4	4,0%
Constrangimento	-	-	3	-	-	-	3	3,0%
Abuso de poder	-	-	1	-	1	-	2	2,0%
Irregularidade com documento	-	-	2	-	-	-	2	2,0%
Atentado ao pudor	-	-	1	-	-	-	1	1,0%
Troca de medicações	-	-	-	3	-	-	3	3,0%
Assédio sexual	-	-	-	1	-	-	1	1,0%
Crime de furto	-	-	-	-	2	-	-	2,0%
Prática inadequada	-	-	-	6	-	-	6	6,0%
Desvio de função ilegal	-	-	-	-	-	-	1	1,0%
Maus tratos	-	-	-	-	-	1	1	1,0%
Total	15	4	22	33	11	16	102	100,0%

Tabela VI - Distribuição dos processos administrativos, segundo as penalidades e o ano de ocorrência (200-2005).

Andamento	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	(%)
Arquivado	3	-	2	9	-	-	14	17,9%
Pedido de penalidade	3	-	3	4	-	-	10	12,8%
Pedido de absolvição	1	1	-	5	1	1	9	11,5%
Em andamento	1	1	6	9	5	10	32	41,1%
Advertência verbal	2	-	-	-	-	-	2	2,6%
Suspenso do exercício	-	-	1	-	-	-	1	1,3%
Com o defensor	-	-	2	1	1	-	4	5,1%
Aplicação de pena	-	-	4	2	-	-	6	7,7%
Total	10	2	18	30	7	11	78	100%

A análise da Tabela V nos mostra a ocorrência de 28 tipos de infrações/denúncias diferentes. Em meio a todas, três prevalecem: a negligência seguida pelo desrespeito e a imprudência.

Faz-se imprescindível que o profissional de enfermagem esteja em constante atualização de seus conhecimentos, interligando-os aos aspectos éticos, legais e técnicos, podendo assim posicionar de forma mais crítica e reflexiva perante dilemas que permeiem o dia-a-dia, tanto quanto cidadão, como profissional [13].

A maneira de pensar e se posicionar frente aos direitos da pessoa do cliente podem se tornar uma problemática extensa e complexa, quando não há um equilíbrio ou prévio conhecimento por parte do profissional que não inseriu em sua conduta o conhecimento sobre os direitos.

Andamentos dos processos

Apresentaremos a seguir, os andamentos dos processos administrativos, referentes às infrações, onde identificaremos os seguintes dados:

A Resolução do COFEN-172 normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde, cabendo a elas zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem nas instituições, no combate ao exercício ilegal da profissão, educando, discutindo, divulgando o Código de Ética do Profissional de Enfermagem (CEPE), e notificando ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, irregularidades, reivindicações, sugestões e as infrações éticas [6].

O processo ético ou disciplinar poderá ser instaurado das seguintes formas: pela denúncia, pela representação (pessoa jurídica) ou através de ofício (instaurado pelo presidente do COREN). Os processos podem ser arquivados quando não se tem instrumento suficiente que comprovem a infração ética.

Conclusão

Esta pesquisa teve a finalidade de proporcionar aos estudantes e profissionais de enfermagem conhecimentos que possam facilitar a avaliação de ações, subsidiando o exercício de cidadania e cuidado ao outro no âmbito da prática profissional de enfermagem, reforçando a responsabilidade social perante o cuidar.

Obtivemos através do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN/ RJ) desde 2000 a 2005, dados de 78 infrações que foram notificadas nessa instituição e, baseados em nossos resultados, identificamos uma grande prevalência de infrações éticas relacionadas à negligência, ao desrespeito e à imprudência, representando respectivamente 24,0%, 9,0% e 8,0% das infrações notificadas.

Ao analisarmos os dados dos processos analisados, consideramos que a educação/formação é uma das maiores responsabilidades da enfermagem, e que os erros podem ocasionar severas conseqüências.

Com base nos processos das notificações éticas que foram instauradas no COREN-RJ de 2000 a 2005, identificamos que houve uma prevalência de 71,0% dos que ainda aguardam uma definição processual, em contraposição com 29,0% dos que já obtiveram uma conclusão.

Concordamos com Nunes & Nunes [14], quando eles nos relatam que ampliar o conhecimento é buscar evoluir num posicionamento crítico, isto é, preocupar-se com o modo de ser (pensamento - julgamento – ação), em relação aos seres humanos entre si e com a natureza.

Apesar da educação continuada, ainda observamos ao longo de nossa formação acadêmica, uma grande resistência com a mudança e a auto-avaliação cotidiana. A mudança é um dos focos abordados por Kurcgant [15], a qual nos fala que a mudança

é um ato ou um processo onde ocorre alterações ou modificação de uma situação existente, tornando-a diferente. Com isso, essa autora nos mostra que as mudanças têm por finalidade prestar uma assistência à saúde de qualidade. Enfatizamos que essa mudança não ocorre de um momento para o outro, isto é, deve ser o resultado de uma construção constante no cotidiano profissional.

Devemos ter em mente que, quando essa mudança ocorrer, não devemos nos acomodar e dar o trabalho por terminado, mas devemos estar enquanto enfermeiros e equipe de enfermagem constantemente atentos para os sinais de riscos à ocorrência de erros.

Vale ressaltar, assim como dizem alguns autores, que os graduandos também devem ser estimulados a entrar cada vez mais em sintonia com as abordagens éticas aplicadas à enfermagem, e que este tipo de estratégia representa caminho seguro para se promover atitudes harmônicas e fraternas nas interações para cuidar no âmbito da enfermagem [16].

Finalizamos a nossa pesquisa mais preocupados em executar uma assistência de enfermagem com qualidade e sem riscos como nos solicita o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem sob a égide da Lei 7.498/86 e a regulamentação do Decreto 94.406/87. Contudo, concluir esse assunto é difícil, pois ele apenas dá início a uma discussão com vários aspectos que, para alguns, parecem ser tão simples e para outros tão polêmicos. Assim sendo, concluímos que a análise da problemática em tela, não pode representar o fim, mas sim um convite a continuarmos refletindo em nosso dia-a-dia do fazer em enfermagem.

Referências

1. Ducati C, Boemer MR. Comissões de ética de enfermagem em instituições de saúde. Rev Latinoam Enfermagem 2001;9(3):27-32.
2. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem/COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN;1993.
3. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. Rev Latinoam Enfermagem 2001;9(5):91-6.
4. Freire P. Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 31a.ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.
5. Gelain I. A ética na enfermagem: suas histórias e suas perspectivas. Texto e Contexto Enfermagem 1995;4(2):9-17.
6. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem/COFEN. Manual de Orientação: Comissão de ética de enfermagem nas instituições de saúde. Brasília: COFEN;1997.
7. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Senado Federal; 2004.
9. Filho JS. Manual de direito administrativo. 12a ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris; 2005.
10. Oliveira CB. Manual de direito administrativo. 3a ed. Rio de Janeiro: Impetus; 2006.
11. Mendes HWB, Caldas Junior AL. Infrações éticas envolvendo o pessoal de enfermagem. Rev Latinoam Enfermagem 1999;l7(5):5-13.
12. Madalosso ARM. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. Rev Latinoam Enfermagem 2000;8(3):11-17.
13. Freitas GF, Oguisso T. Negligência: Fator de risco no cuidar em centro cirúrgico. Revista Técnico Cientifica de Enfermagem 2003;1(3):224-27.
14. Nunes CRR, Nunes AP. Bioética. Rev Bras Enfermagem 2004;57(5):615-16.
15. Kurcgantg P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991.
16. Machado WCA, Piuzana AC, Tostes ERRO, Monteiro VP, Toledo SRP. O ensino de ética e seus reflexos no cuidado sob a perspectiva de graduandos de enfermagem. Enfermagem Brasil 2006;5(5):276-284.
17. Silva AGI. Satisfação do usuário: desvendando as representações sociais sobre a qualidade da assistência de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2002;6(3):411-23.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2007;6(6)

Revisão

Estudo bibliométrico da produção científica brasileira de enfermagem na assistência ao paciente com lesão medular

Camila Gelako Santos*, Fernanda Sakamoto**, Adriano Menis Ferreira, D.Sc.**

**Enfermeiras, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Câmpus Três Lagoas, ** Enfermeiro, Prof. do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Câmpus Três Lagoas*

Resumo

Objetivo: caracterizar o estado da arte do conhecimento em lesão raquimedular com base nos estudos de teses e dissertações produzidas no campo de conhecimento da enfermagem no Brasil. *Método:* trata-se de pesquisa do tipo descritiva, retrospectiva e bibliométrica. Os dados foram coletados através dos resumos contidos nos bancos de dados LILACS, CAPES, DEDALUS e no Catálogo Informações sobre Pesquisas e Pesquisadores em Enfermagem CEPEn/ABEn. *Resultados:* Foram analisados 28 resumos no período de 1979 a 2006. As pesquisas foram caracterizadas em relação as seguintes variáveis: autor, título, tipo de estudo, estado, instituição acadêmica, ano, abordagem, método e temática. *Conclusão:* Este trabalho possibilitou conhecer a tendência dos estudos envolvendo o paciente com lesão medular indicando caminhos e perspectiva para continuidade e avanço do ensino e da pesquisa.

Palavras-chave: traumatismos da coluna vertebral, enfermagem em reabilitação, bibliometria, educação de pós-graduação em enfermagem.

Abstract

Bibliometric study of Brazilian scientific production in nursing about care delivery to patients with spinal cord injuries

Objective: characterize the state of the art of knowledge on spinal cord injury based on dissertations and theses produced in the nursing knowledge area in Brazil. *Method:* this is a descriptive, retrospective and bibliometric study. Data were collected from abstracts contained in the LILACS, CAPES and DEDALUS databases and in the Information Catalogue about Nursing Research and Researchers CEPEn/ABEn. *Results:* Twenty-eight abstracts were analyzed from 1979 to 2006. The studies were characterized in terms of the following variables: author, title, study type, state, academic institution, year, approach, method and theme. *Conclusion:* This study made it possible to get to know the tendency of studies involving patients with spinal cord injuries, indicating routes and perspectives for the continuity and advance of teaching and research.

Key-words: spinal injuries, rehabilitation nursing, bibliometrics, graduate nursing education.

Artigo recebido em 7 de dezembro de 2007; aceito em 20 de dezembro de 2007.
Endereço para correspondência: Adriano Menis Ferreira, Departamento de Enfermagem e Biotécnologia Aplicada à Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Av. Ranulpho Marques Leal, 3220 Distrito Industrial 79610-100 Três Lagoas MS, Tel: (67) 3509-3730

Resumen

Estudio bibliométrico de la producción científica brasileña de enfermería en la atención al paciente con lesión medular

Objetivo: caracterizar el estado del arte del conocimiento en lesión raquimedular con base en los estudios de tesis y disertaciones producidas en el campo de conocimiento de la enfermería en Brasil. *Método:* se trata de investigación descriptiva, retrospectiva y bibliométrica. Los datos fueron recolectados a través de los resúmenes en los bancos de datos LILACS, CAPES, DEDALUS y en el Catálogo Informaciones sobre Investigaciones y Investigadores en Enfermería CEPEn/ABEn. *Resultados:* Fueron analizados 28 resúmenes en el período de 1979 a 2006. Las investigaciones fueron caracterizadas con relación a las siguientes variables: autor, título, tipo de estudio, estado, institución académica, año, aproximación, método y temática. *Conclusión:* Este trabajo posibilitó conocer la tendencia de los estudios que involucran al paciente con lesión medular, indicando caminos y perspectiva para continuidad y avance de la enseñanza y de la investigación.

Palabras-clave: traumatismos vertebrales, enfermería en rehabilitación, bibliometría, educación de postgrado en enfermería.

Introdução

A lesão raquimedular (LRM) é um importante problema de saúde, aproximadamente 130 mil pessoas no Brasil vivem diariamente com incapacidade decorrente da lesão raquimedular [1]. As lesões raquimedulares ocorrem com freqüência quatro vezes maior nos homens do que nas mulheres. As pessoas jovens com 16 a 30 anos de idade sofrem a metade das lesões raquimedulares a cada ano [2]. No Brasil, na maioria dos casos, essas lesões são de origem traumática, sendo que as causas externas mais freqüentes são os ferimentos por armas de fogo, seguido por acidentes automobilísticos e quedas [3]. Destaca-se, ainda, que o trauma raquimedular é uma agressão à medula espinhal que pode ocasionar danos neurológicos, prejudicando a função motora sensitiva e autônoma [2].

Pesquisas brasileiras [3-5] obtiveram resultados que apontam as vítimas deste traumatismo, paraplégicos e tetraplégicos, como predominantemente adultos jovens, com idade variando entre 18 e 35 anos e na proporção de 4 homens para 1 mulher.

As repercussões econômicas são igualmente trágicas, pois os custos do tratamento são altos. A lesão raquimedular é um evento que acomete principalmente homens jovens em idade produtiva. Em função dos recursos existentes atualmente, o aumento da sobrevida desses pacientes é uma realidade, sendo assim importante aos profissionais de saúde um maior conhecimento sobre o assunto, principalmente sobre as complicações clínicas que são praticamente restritas as vítimas de LRM [2].

Estudo dos aspectos epidemiológicos do trauma raquimedular (TRM) apontou a necessidade de preparo mais específico das enfermeiras para assistir a este tipo de população [5].

É importante lembrar que o paciente que apresenta TRM carrega consigo toda uma problemática de reintegração pessoal, familiar e social somada às alterações pertinentes ao aspecto físico ou orgânico [6].

A pessoa que apresenta seqüelas advindas do TRM, gerando deficiência e incapacidades, apresenta desde a fase aguda do trauma níveis variados de dependência de outras pessoas para realização de atividades como vestir/despir, alimentar, sentar, bem como para a higiene, eliminação urinária e fecal. Esta dependência varia conforme o nível e o grau da lesão medular e, também, com o tempo decorrente do trauma [7].

Considerando a gravidade do TRM e a grande dependência dos cuidados de enfermagem que exigem, desenvolveu-se o presente estudo na intenção de conhecer a produção científica da enfermagem brasileira a respeito do assunto.

Objetivo

Este estudo objetivou realizar um levantamento das dissertações e teses brasileiras, na área de enfermagem, referente aos pacientes portadores de lesão raquimedular; identificar a produção temporal, regional e por área de conhecimento destas pesquisas e realizar a síntese dos resultados e da conclusão contidos nos resumos desses estudos.

Materiais e método

Trata-se de um estudo do tipo bibliométrico de caráter descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa realizado através da revisão da literatura. Como técnica a pesquisa bibliográfica compreende a leitura, a seleção, o fichamento e o arquivo do tópico de interesse para a pesquisa em pauta, com a finalidade de conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto [8].

Utilizamos como fonte de dados os resumos de teses e dissertações disponíveis em quatro bases de dados de bibliotecas virtuais, nos meses de setembro e outubro de 2007. A primeira é o banco de teses do portal CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – órgão do Ministério da Educação responsável pela política nacional de pós-graduação *stricto sensu* em todos os estados da federação [9]. A segunda é a Biblioteca Virtual em Saúde, nesta biblioteca utilizamos a base de dados LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. A terceira fonte refere-se ao banco de dados DEDALUS - Banco de dados bibliográficos da USP e as publicações da Associação Brasileira de Enfermagem - CEPEN/ABEN - Informações Sobre Pesquisas e Pesquisadores do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem - disponíveis em CD (*compact disc*), referente ao período de 1979 a 2001 e através da Biblioteca Virtual em Saúde a qual possuí os catálogos disponíveis até o ano de 2005. Utilizamos como critério de seleção os resumos das teses e dissertações a busca por palavras combinadas: enfermagem em reabilitação; lesão medular - enfermagem; lesão medular - reabilitação; enfermagem - paraplegia; paraplegia; lesão medular; traumatismo da medula espinal. Essas palavras deveriam aparecer no título e/ ou no texto do resumo dos estudos. Utilizamos um formulário de coleta de dados, que foi preenchido para cada artigo da amostra em estudo. O formulário permitiu a obtenção de informações sobre a identificação do artigo e autores; título; tipo de estudo; estado; instituição acadêmica; ano; abordagem; método e síntese dos resultados e conclusão.

Para a apresentação dos resultados, utilizou-se a estatística descritiva e os dados são apresentados através de tabelas descritos pelas suas freqüências absoluta e relativa.

Resultados e discussão

Para identificar o que a Enfermagem produziu a respeito de LRM obtivemos através de pesquisas no Banco de Dados LILACS, DEDALUS, CAPES os resumos de teses e dissertações publicadas até outubro de 2007. (Anexo 1).

Os dados demonstrados na Tabela I permitem verificar que foram encontradas, de 1981 até outubro de 2007, 30 produções científicas publicadas.

Tabela I - Distribuição numérica das dissertações, teses e trabalho de livre docência produzidas e publicadas de 1981 a 2007. Três Lagoas/MS, 2007.

	Dissertação		Tese		Livre-docência	
Década	N.°	%	N.°	%	N.°	%
1980	02	10,0	02	33,4	-	-
1990	05	24,0	01	16,6	01	100,0
2000	14	66,0	03	50,0	-	-
Total	21	100,0	06	100,0	01	100,0

Dos 28 (100%) trabalhos recuperados, 21(75,0%) são provenientes de dissertações de mestrado, 06(21,4%) de teses de doutorado e 01(3,6%) de livre docência. O fato da existência de maior número de dissertações sobre a temática é explicada devido à implantação de programas de mestrado em enfermagem que teve início na década de 70 [10].

Na tabela I observa-se que dos 28 trabalhos houve maior produção a partir da década de 90, o que demonstra interesse sobre o tema por parte dos enfermeiros. Uma das possíveis explicações para isso deve-se ao fato do desenvolvimento da pós-graduação na Enfermagem no Brasil, de 1972 a 1994, quando ocorreu grande aumento dos programas de pós-graduação *strictu senso* na década de 90 [11] outra possível explicação pode ser atribuída ao aumento do número de casos de lesão raquimedular no Brasil [3].

Os dados em relação aos Estados da federação que mais se destacaram na produção científica sobre o lesado medular estão descritos na Tabela II.

A Tabela II mostra que o Estado que mais pesquisou sobre o tema LRM foi São Paulo.

Observou-se, ainda, na tabela II, que dos 28 trabalhos publicados, 18 (64,3%) são provenientes do estado de São Paulo, o que demonstra por um lado a concentração de cursos de pós-graduação nesse estado e por outro, o interesse dos enfermeiros, residentes nesse estado, em pesquisar o tema. Ressalta-se que a maior parte dos resumos foi da

Universidade de São Paulo, concluídos nos programas da EEUSP e EERP-USP.

Tabela II - Distribuições das publicações produzidas por Estado. Três Lagoas/MS, 2007.

Estado	Número de Publicações	Porcentagem
São Paulo	18	64,3%
Rio de Janeiro	2	7,1%
Distrito Federal	2	7,1%
Ceará	2	7,1%
Bahia	1	3,6%
Paraíba	1	3,6%
Paraná	1	3,6%
Minas Gerais	1	3,6%
Total	28	100%

Nota-se na leitura dos títulos dos trabalhos de pesquisa certa diversidade das temáticas abordadas pelos enfermeiros o que configura preocupações distintas.

Dentre os 28 resumos analisados, 26 trabalhos (92,8%) foram produzidos enfocando a área temática da assistência, apenas 2 (7,1%) enfocaram a área de ensino. Em pesquisa sobre produção do conhecimento em Enfermagem no Brasil, na década de 90, levantou-se que há predominância significativa das produções científicas na área assistencial, dirigidas prioritariamente às questões geradas da assistência, seguidas pelas questões relativas à mulher e à criança. A área organizacional aparece em segundo lugar, seguida da profissional [12].

Quanto à identificação do método de investigação ou tipo de estudo ou pesquisa, verificou-se que, apesar de alguns resumos não explicitar com devida clareza qual o método de pesquisa utilizado, foi possível agrupá-los, tomando-se em conta também o referencial teórico e o método de análise descrito. No entanto, em certos casos foi impossível de categorizá-los.

Ressalta-se a qualidade deficiente de parte de resumos hora analisados. Para que um resumo seja de qualidade e forneça as informações adequadas deve conter breve declaração do objetivo e de sua relevância, a abordagem metodológica, os resultados obtidos, declaração das principais conclusões e informações adicionais sobre credibilidade dos resultados ou a organização do artigo [13].

A distribuição dos trabalhos, segundo a abordagem de investigação, revela predominância de estudos quantitativos 15 (71,4%), desenvolvidos a partir do método descritivo-exploratório. Destaca-se que em 7 (25,0%) dos resumos não foi possível identificar a abordagem e/ou método de pesquisa, retomando novamente a questão da deficiência dos dados contidos nestes resumos, seja pela desconsideração dos autores ou desconhecimento sobre a estrutura do resumo, como fonte de informação sobre os principais elementos da pesquisa e, também, equívocos sobre a conceituação de métodos e técnicas de coleta de dados. Outros métodos foram representações sociais, materialismo histórico dialético, teoria fundamentada nos dados, experimental, comparativo e estudo de caso.

Conclusão

Este estudo possibilitou caracterizar a produção científica *strictu sensu* de Enfermagem no Brasil, no que se refere à temática lesado medular.

Como aspectos a serem destacados nesta pesquisa apreendeu-se que houve um aumento significativo do número de produções de dissertações e teses sendo de maior expressão o período a partir do ano de 2000. A produção nesse período superou a produção total da década de 90.

Quanto aos temas da pesquisa há uma diversificação das tendências. Constatou-se nos trabalhos, temas voltados a assistência de enfermagem, complicações decorrentes da lesão, implementação de ações educativas com objetivo de reduzir seqüelas e danos, reabilitação, comunicação e saúde, autocuidado e aspectos relacionados ao cuidador.

Vale salientar a qualidade dos resumos que em muitas vezes não deixavam claros a abordagem e o método de pesquisa, dificultando a compreensão global da pesquisa.

Este estudo demonstra a pesquisa na produção do conhecimento, visualizando a distribuição da produção por temática, década, ano, estado e tipo de trabalho desenvolvido.

Finalizando, consideramos que o presente estudo, apesar das limitações inerentes as pesquisa bibliográfica, contribui para o resgate e análise da produção do conhecimento na trajetória do lesado medular, indicando caminhos e perspectiva para continuidade e avanço do ensino e da pesquisa.

Referências

1. Lianza S. Órtese de propulsão recíproco modelo argo método de avaliação, tratamento e análise de resultados na reeducação da locomoção em pacientes com lesão medular [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo;1997.

2. Faro ACM. Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória na reabilitação do lesado medular [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998.
3. Sposito MMM, Laredo Filho J, Braga FM, Novo NF. Paraplegia por lesão medular: estudo epidemiológico em pacientes atendidos para reabilitação. Rev Paul Méd 1986; 104(4):196-202.
4. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior–CAPES. Brasília; 2004. [citado 2007 Mar 20]. Disponível em: URL: http:// www.capes.gov.br
5. Ferrari AT. Metodologia da pesquisa científica. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1992.
6. Mancussi AC. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. Rev Latinoam Enfermagem 1998;6(4):67-73.
7. Santos LCR. Lesão traumática da medula espinhal: estudo retrospectivo de pacientes internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 1982-1987 [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;1989.
8. Faro ACM. Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1991.
9. Faro ACM. Assistência de enfermagem ao paciente com traumatismo raquimedular. In: Ventura MF. Enfermagem ortopédica. São Paulo: Ícone; 1996. p.175-89.
10. Rocha SMM, Silva GB. Linhas filosóficas e ideológicas na pesquisa em enfermagem no Brasil. Rev Bras Enfermagem 1987; 40(4):212-21.
11. Moriya TM, Rodrigues ARF, Almeida MCP, Ruffino MC, Oliveira MFP. Pós-graduação "strictu sensu" em enfermagem: um estudo do seu desenvolvimento no Brasil. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1998.
12. Prado ML, Gelbeke FL. Produção do conhecimento em enfermagem no Brasil: as temáticas da investigação. Rev Bras Enfermagem 2001; 54(1):34-42.
13. Grenne LJ. O trabalho científico: enfoque do editor. In: Anais do I Curso de Editoração Científica; 2001; Brasília (DF). Brasília: ABECS/ GDF/ FEPECS; 2001.

Anexo

N	Autor	Título	Tipo de Estudo	Estado	Instituição Acadêmica	Ano	método	Abordagem	Temática
1	Figueiredo MCS	Contribuição do enfermeiro na reabilitação do paraplégico e seu ajustamento da vida domiciliar.	Dissertação	RJ	Escola de Enfermagem Anna Nery	1981	descritivo exploratório comparativo	quanti-qualitativa	Retorno ao Domicilio
2	Biazin DT	Locus de controle e desempenho no autocateterismo: estudo em paciêntes paraplégicos.	Tese	SP	Escola de Enfermagem Ribeirão Preto (USP)	1987	exploratório	quantitativa	autocateterismo vesical
3	Souza MITP	Úlcera de decúbito: história natural e informações de paraplégicos	Tese	SP	Escola de Enfermagem Ribeirão Preto (USP)	1988	Revisão literatura	não identificada	Úlcera de pressão
4	Santos LCR	Lesão traumática da medula espinhal estudo retrospectivo dos pacientes internados no instituto de ortopedia e traumatologia do hospital das clínicas da FMUSP, entre 1982 e 1987.	Dissertação	SP	Escola de Enfermagem Ribeirão Preto (USP)	1989	descritivo exploratório	quantitativa	Caracterização do paciente com lesão medula espinhal
5	Faro ACM	Estudo das alterações da função sexual em homens paraplégicos	Dissertação	SP	Universidade de São Paulo	1991	não identificado	não identificada	sexualidade do homem com LM
6	Faro ACM	Do diagnóstico a conduta da entermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular.	Tese	SP	Universidade de São Paulo	1995	exploratório descritivo	quantitativa	e condutas da Enfermagem no LM
7	França ISX	(Re) socialização da pessoa com deficiência adquirida: os processos os personagens e as máscaras.	Dissertação	PB	Universidade Federal da Paraíba	1998	estudo de caso	qualitativa	vivenciando a lesão medular
8	Capeleti MP	Caracterização dos déficits de auto cuidado universal da pessoa com lesão medular.	Dissertação	SP	Universidade Federal de São Paulo	1998	descritivo exploratório	quantitativa	Déficits de auto cuidado
9	David RAR	Mudanças de decúbito: um cuidado de enfermagem para reabilitar o cliente acamado.	Dissertação	RJ	Universidade do Rio de Janeiro	1998	representação social	quanti-qualitativa	
10	Faro ACM	Cuidar do lesado medular: a vivência singular do cuidador familiar.	Trabalho de livre-docência	SP	Universidade de São Paulo	1999	não identificado	não identificada	vivência do cuidador familiar
11	Moreira LR	Assistência do paciênte lesado medular hospitalizado e a visão social do enfermeiro.	Dissertação	MG	Universidade Federal de Minas Gerais	1999	materialismo histórico dialético	qualitativa	Assistência

N	Autor	Título	Tipo de Estudo	Estado	Instituição Acadêmica	Ano	método	Abordagem	Temática
12	Santos LCR	Redimensionando limitações e possibilidades: a trajetória da pessoa com lesão medular traumática.	Tese	SP	Universidade de São Paulo	2000	Teoria fundamentada nos dados	qualitativa	Experiência de viver com LRM
13	Maroóka M	Autocateterismo vesical intermitente técnica limpa: descrição do procedimento realizado pelos paciêntes com lesão medular.	Dissertação	SP	não mencionado	2000	descritivo exploratório	quantitativa	Autocateterismo
14	Gonzales RIC	Processo da alta hospitalar do paciente com lesão medular: gerenciamento de casos com estratégia ou organização do cuidado.	Dissertação	SP	Universidade de São Paulo Ribeirão Preto	2000	não identificado	qualitativa	vivência do profisional ao cuidar do lesado medular
15	Madureira NCM	O saber fazer do cuidador familiar da pessoa com deficiência física: um estudo no pré e trans-reabilitação.	Dissertação	SP	Universidade de São Paulo	2000	descritivo	quantitativa	familiar no cuidado ao lesado medular
16	Martins BM	Comunicação no contexto de reabilitação:o encontro entre enfermeiro e paciente em uma unidade de assistência aos lesados medulares.	Dissertação	DF	Universidade de Brasília	2001	não identificado	não identificada	Comunicação enfermeiro/ paciente
17	Furlan MLS	Identificação das práticas de autocuidado referentes ao funcionamento intestinal em pacientes com trauma raquimedular.	Dissertação	SP	Universidade de São Paulo Ribeirão Preto	2001	exploratório descritivo	quantitativa	Autocuidado intestinal e complicações
18	Neves RS	Diagnósticos de enfermagem em pacientes lesados medulares segundo o modelo conceitual de Horta e a taxonomia II da Nanda.	Dissertação	DF	Universidade de Brasília	2003	exploratório descritivo	quantitativa	Diagnóstico de enfermagem na LM
19	Padula MPC	Avaliação de um resultado de um programa de ensino a pacientes paraplégicos para o autocuidado na eliminação intestinal.	Tese	SP	Universidade Federal de São Paulo	2003	experimental	quantitativa	Educação do paciente no autocuidado
20	Lima LP	Avaliação de assistência de enfermagem a partir da satisfação do usuário em unidade de traumatismo raquimedular.	Tese	BA	Universidade Federal da Bahia	2003	descritivo exploratório	não identificada	medular quanto a assistência de enfermagem
21	Sartori NR	Lesão medular traumática: tornar-se deficiente e as dificuldade vivenciadas no retorno ao lar.	Dissertação	SP	Não mencionado	2005	descritivo exploratório	quanti-qualitativa	Dificuldades de retorno ao lar
22	Leite VBE	Análise de efeitos de possíveis fatores determinantes de úlcera de pressão em paraplégicos.	Dissertação	SP	Não mencionado	2005	descritivo exploratório transversal	quantitativa	de úlcera de pressão
23	Vall J	Dor neuropática central e sua relação com a qualidade de vida da pessoa portadora da lesão medular traumática.	Dissertação	CE	Universidade Federal do Ceará	2005	descritivo exploratório transversal	quantitativa	Dor neuropática e qualidade de vida
24	Nogueira PC	Ocorrência de úlcera de pressão em pacientes hospitalizados com lesão traumática da medula espinhal	Dissertação	SP	Universidade de São Paulo EERP	2005	descritivo exploratório retrospectivo	quantitativa	úlcera por pressão
25	Costa VSP	Efeito do estudo do uso da cinta abdominal elática na função respiratória e indivíduos lesado medular na posição ortostática	Dissertação	SP	Universidade de São Paulo EERP	2005	Comparativo	quantitativa	Uso de cinta elástica na função
26	Silva GA	Independência funcional de pessoas portadoras de paraplegia em programa de reabilitação resultados e fatores associados.	Dissertação	CE	Universidade Federal do Ceará	2006	descritivo exploratório retrospectivo transversal	quantitativa	Funcional em programa de Reabilitação
27	Scramim AP	Convivendo com a tetraplegia: de necessidades de cuidados a integralidade no cotidiano de homens com lesão medular cervical	Dissertação	PR	Universidade Estadual de Maringá	2006	não identificado	não identificada	não identificada
28	Sodré PC	Estudo sobre a disfunção sexual de mulheres com lesão medular	Dissertação	SP	Universidade de São Paulo	2007	Descritivo Esploratório transversal	quantitativa	Sexualidade

Relato de caso

Tratamento tópico de úlcera venosa

Martha Theresa de Lima Dondeo*, Nádia Antonia Aparecida Poletti, D.Sc.**, Adriana Pelegrini dos Santos Pereira, M.Sc.***, Adriano Menis Ferreira, D.Sc.****

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Dermatologia pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP, **Enfermeira, Profa. do Departamento de Enfermagem Geral (DEG) do Curso de Graduação de Enfermagem da FAMERP, ***Enfermeira, Estomaterapeuta, Profa. do DEG do Curso de graduação de enfermagem da FAMERP, ** Enfermeiro, Prof. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Três Lagoas*

Resumo

Estudo de caso que teve como objetivo apresentar o resultado do tratamento tópico de uma úlcera venosa crônica em um paciente, acamado e com evidências clínicas de falência contrátil da musculatura da panturrilha. Embora os oito tipos de coberturas utilizadas, no decorrer do tratamento, não tenham conduzido à cicatrização completa da ferida, contribuíram de forma efetiva para o enxerto dermocutâneo.

Palavras-chave: úlcera varicosa, estudos de casos, cicatrização de feridas, cuidados de enfermagem.

Abstract

Topic treatment of venous ulcer

Case study that aimed at showing the result of the topical treatment of a chronic venous ulcer in a patient, restricted to bed and with clinical evidences of calf muscle contraction failure. Although the eight types of dressing material used, during treatment, did not lead to wound healing, they contributed effectively to cutaneous graft.

Key-words: varicose ulcer, case studies, wound healing, nursing care.

Resumen

Tratamiento tópico de úlcera varicosa

Estudio de caso que tuvo como objetivo presentar los resultados del tratamiento tópico de una úlcera varicosa crónica en un paciente, encamado y con evidencia clínica de un déficit de la capacidad contráctil del músculo de la pantorrilla. A pesar de los ocho tipos de vendaje utilizado, durante el tratamiento, no tengan llevado a la completa cicatrización de la herida, han contribuido de forma efectiva para el injerto cutáneo.

Palabras-clave: úlcera varicosa, estudios de casos, cicatrización de heridas, atención de enfermería.

Artigo recebido em 11 de dezembro de 2007; aceito em 20 de dezembro de 2007.
Endereço para correspondência: Nadia Antonia Aparecida Poletti, Av. Romeu Strazzi 1864/12, 15085-520 São José do Rio Preto SP, E-mail: nadia@famerp.br

Introdução

Este estudo de caso foi realizado, em um paciente acometido por uma úlcera venosa com mais de vinte e dois anos de evolução, não deambulante há vinte e cinco anos, acamado com evidências clínicas de falência contrátil da bomba venosa, em decorrência de atrofia da musculatura da panturrilha.

A úlcera se apresentava refratária a todos os tratamentos até então implementados, sendo que o mais recente consistia de limpeza mecânica da ferida, com uso de gazes comuns umedecidas em solução fisiológica, em temperatura ambiente, cobertas com gazes comuns secas e fixadas com fita adesiva, diretamente sobre a pele do paciente.

Como os efeitos da imobilidade, associados aos traumas causados pelos tratamentos anteriores representavam um importante obstáculo ao processo de cicatrização, o tratamento deste paciente constituiu-se um desafio, justificando a relevância deste estudo.

Vários autores têm demonstrado que a musculatura da panturrilha tem um papel fundamental na fisiopatologia da doença venosa [1-6].

A flexão associada à contração dos músculos da panturrilha, resultantes de exercícios de elevar o calcanhar, pela deambulação, são imprescindíveis para a manutenção da bomba muscular da panturrilha. A imobilização, conseqüente ao confinamento no leito, provoca a atrofia dos músculos da panturrilha, devido à inatividade dos membros inferiores, provocando a falência contrátil da bomba venosa, levando à hipertensão venosa primária e constituindo um fator relevante no processo de formação das ulceras venosas (UV) [1,3,5,6].

Na escolha do tratamento da UV é necessário, primeiramente, um correto diagnóstico etiológico, identificando-se e tratando as freqüentes complicações, após então, direcionam-se esforços no tratamento tópico da ferida, avaliando: localização, profundidade, bordas, leito, cor, odor, exsudato, tamanho, pulsos e condições da região perilesional [3,6-11].

O relacionamento interdisciplinar favorece a correta obtenção de dados sobre a etiologia da ferida. É necessária, também, a conscientização do paciente, assim como de seus familiares, quanto ao papel e responsabilidades de cada um, como agentes ativos desse processo, garantindo-se o sucesso da terapia implementada [7,12].

Em lesões de grandes dimensões ou quando a terapia tópica não alcança resultados satisfatórios, a alternativa é o auto-enxerto cutâneo, que embora possa auxiliar na cicatrização não impedem a possibilidade de recidivas [13].

A evidência na eficácia do uso de medicamentos tópicos ainda é muito limitada, justificando-se a indicação do uso de antibióticos, unicamente, nos casos de infecções com manifestações sistêmicas. Também não se indica o diagnóstico bacteriológico rotineiramente, pois não apresentam influência no diagnóstico e tratamento [14-17].

Referencial teórico

Utilizou-se o referencial teórico de Myra Estrin Levine, que propõe uma intervenção de enfermagem humanizada, caracterizando o homem como um todo dinâmico e em constante interação com o ambiente, a partir do princípio de conservação de energia e da integridade estrutural, pessoal e social do paciente. Levine define como falha, a assistência de enfermagem que não inclui a família e os amigos do paciente [18,19].

Objetivo

Apresentar o resultado do tratamento tópico de uma úlcera venosa crônica em um paciente acamado e com evidências clínicas de falência contrátil da musculatura da panturrilha.

Material e métodos

Este estudo foi desenvolvido a partir da elaboração de um instrumento de coleta de dados fundamentado no modelo conceitual de Myra Estrin Levine, com visitas no domicílio do paciente, onde o tratamento tópico da ferida foi realizado.

O trabalho foi desenvolvido em forma de Estudo de Caso a partir de múltiplas fontes de dados, com o propósito de oferecer uma visão holística do tratamento tópico de uma úlcera venosa crônica [21,22].

O tratamento foi realizado com o uso de curativos industrializados, a partir da técnica limpa, que se caracteriza por lavagem cuidadosa das mãos e luvas de procedimento, sendo que o campo deve ser limpo e o instrumental estéril, tomando-se as devidas precauções quanto à contaminação dos mesmos e da lesão.

Foi sujeito do estudo, paciente do sexo masculino, 45 anos, portador de seqüelas de espondilite anquilosante, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e anemia, apresentando ulceração de origem venosa em face anterior e lateral interna do membro inferior direito.

O tratamento foi realizado em regime de atendimento domiciliar, numa cidade do interior de São Paulo.

O cuidado com o paciente, portador da úlcera, teve início em 17/06/2007 e foi concluído em 04/09/2007.

Este estudo seguiu a tramitação ética de acordo com a Resolução 196/96. Ao sujeito que participou da pesquisa, após informações claras e objetivas, foi oferecido Termo de Consentimento Pós Esclarecimento, justificando-se a finalidade, os propósitos, bem como os riscos e benefícios do estudo.

Resultados e discussão

Características gerais do sujeito

Nome: A. A. G. D., 45 anos de idade, sexo masculino, cor branca, apresentando UV em membro inferior direito, acamado há três meses, pulsos pediosos bilaterais palpáveis. PA = 140/80 mmHg, Pulso = 80 bat/min., T = 36,2ºC. Em tratamento de espondilite anquilosante, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e anemia. Portador de prótese bilateral de cabeça de fêmur, apresentando drenagem espontânea de abscesso na prótese esquerda. Faz uso contínuo de medicamentos como antiinflamatórios, anti-hirtensivos, diuréticos, protetores da mucosa gástrica e vitaminas. Devido à seqüela de artroplastia na coluna vertebral em 1982, passou a se locomover com auxílio de muletas, quando uma foliculite no membro inferior direito deu origem à UV.

Caracterização da ferida

Ulceração de origem venosa em face anterior e lateral interna, da região medial da perna direita; plana, com bordas aderidas e irregulares, apresentando 17,0 cm de comprimento por 13,0 cm de largura e área de 221 cm^2; com pontos de esfacelo firmemente aderidos ao leito da lesão; ilhas de epitélio; tecido de granulação friável, pálido e desidratado; pele periulceral ressecada e descamativa; exsudação serosanguinolenta em média quantidade e odor característico. (Figuras 1 e 2)

Figura 1 - Aspecto da ferida. Face anterior da perna.

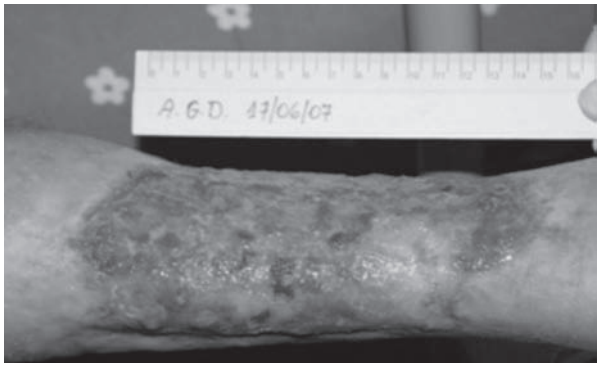
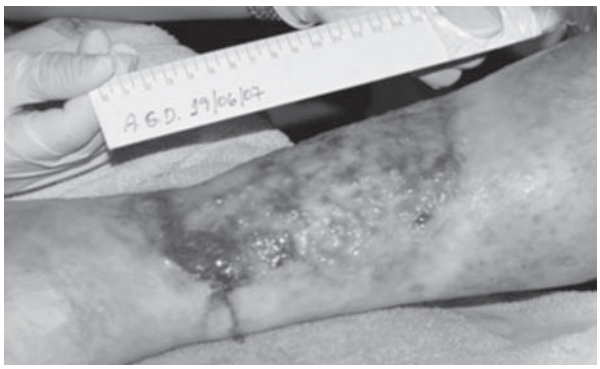


Figura 2 - Aspecto da ferida. Face posterior da perna.



Descrição dos métodos e técnicas utilizados para o cuidado do paciente e da ferida

Os familiares foram instruídos sobre a necessidade de movimentação passiva dos membros inferiores e elevação dos mesmos por 30 minutos, quatro vezes ao dia, disponibilizando-se para tal, uma almofada triangular de espuma. Também foram direcionados cuidados visando à prevenção de úlceras por pressão (UP), pelo uso de placas de hidrocolóide extrafino na panturrilha, e na região lateral do pé.

Abordou-se questões nutricionais, disponibilizando-se tabelas com os itens nutricionais fundamentais para o processo cicatricial e salientando-se a importância da hidratação oral, na compensação da perda hídrica e protéica, pela exsudação.

No procedimento de curativo uilizou-se a técnica limpa, adotando-se luvas esterilizadas somente para a distribuição da gaze de rayon com ácidos graxos essenciais e dos curativos de alginato.

Os curativos foram realizados, sistematicamente, conforme a seqüência abaixo:

- Limpeza: Todos os curativos foram precedidos por limpeza por irrigação com solução fisiológica 0,9% morna, em seringa de 20 cc e agulha 40 x 12, estéreis;

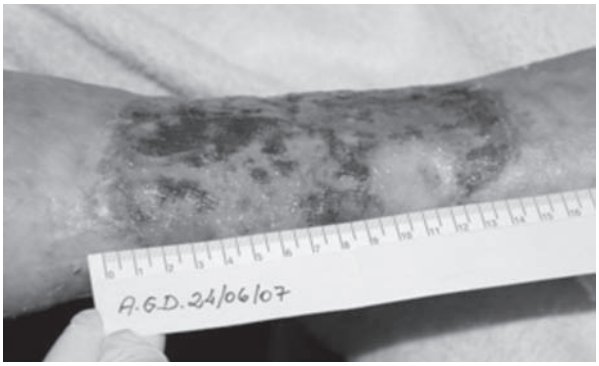
- Cobertura primária: Ácido graxo essencial (AGE) + gaze comum seca; hidrocolóide; hidrocolóide extrafino; hidrogel; gel de alginato + gaze comum seca; gel de alginato + gaze rayon; fibra de alginato de cálcio e sódio; gaze de rayon embebida em óleo dermoprotetor (AGE + vitamina A, E, óleos de copaíba e melaleuca);
- Cobertura secundária: Gazes comuns ou de TNT, estéreis e abertas;
- Fixação: Atadura crepom;
- Massagem e hidratação da pele: AGE puro ou com vitamina A, E, óleos de copaíba e melaleuca, recomendando-se aos familiares que repetissem o procedimento sempre que a pele dos membros inferiores e da região lombar se apresentasse desidratada.

Evolução do paciente e da ferida

Período - 17/06/2007 a 23/06/2007

Aplicado AGE, diretamente sobre o leito da ferida e cobertura de gaze comum umedecida com AGE. Após sete dias a ferida apresentava 14 cm por 11 cm, com redução 36,65%, mantendo aspecto ressecado e tecido de granulação friável. (Figura 3)

Figura 3 - Após o 7° curativo.



Período - 24/06/07 a 04/07/07

Com internação hospitalar programada para o dia 25/06/2007, foi colocada placa de hidrocolóide. Apresentou grande quantidade de exsudato e maceração de pele perilesional. No hospital foram realizados curativos alternados com alginato de cálcio gel, e hidrogel, cobertos com gazes comuns secas, diminuindo a quantidade do exsudato, mas com ressecamento e dificuldade na retirada do curativo.

Período - 05/07/2007 a 10/07/2007

Após a alta hospitalar a ferida apresentava tecido de granulação abundante friável. Devido à impossibilidade de acesso à gaze não-aderente, optou-se pelo uso do hidrocolóide extrafino. Houve aumento na quantidade do exsudato e maceração da região perilesional. (Figuras 4 e 5)

Figura 4 - Após alta hospitalar.

Figura 5 - Maceração causada pelo hidrocolóide.

Período - 14/07/07 a 09/08/07

Foram realizados curativos com gel de alginato de cálcio, coberto com gazes de rayon secas sob gazes de TNT secas. Ocorreu diminuição do exsudato, porém, ressecamento da ferida.

Período - 12/08/07 a 03/09/2007

Com o objetivo de manter a umidade ideal no leito da ferida foram aplicados, em um período médio de sete dias, alternadamente, três tipos de coberturas: gaze de rayon embebida em óleo dermoprotetor (AGE, vitamina A, E, óleo de copaíba e melaleuca)**, somente sobre o leito da ferida, com troca a cada 24 horas; placas de hidrocolóide extrafino, com troca após 24 horas e** fibra de alginato de sódio e cálcio, seco, coberto com gazes de TNT

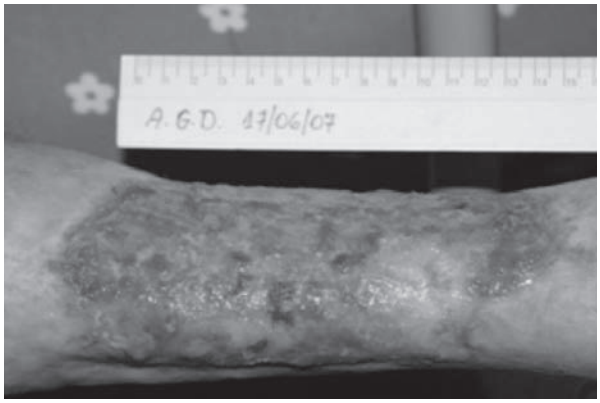
secas abertas, trocado a cada três dias. Obteve-se o resultado esperado. Neste período o paciente passou a referir sensibilidade dolorosa na lesão, sendo encaminhado ao cirurgião vascular para avaliação dos resultados e dos novos sintomas.

Período - 04/09/2007

Ferida apresentando 14 cm de comprimento por 10 cm de largura, com área de 140cm^2. Passou por consulta com cirurgião vascular que diagnosticou condições favoráveis para enxertia de pele livre. (Figura 6)

Figura 6 - Aspecto da ferida ao final do tratamento.

Figura 7 - Aspecto da ferida no início do tratamento.



Após 80 dias de tratamento foram realizados 42 curativos, a partir de oito associações de coberturas, sendo que somente três apresentaram os resultados esperados. (Tabela I)

Inicialmente, o tratamento foi realizado com gazes comuns, devido à indisponibilidade de gazes não-aderentes.

O uso de AGE e gel de alginato com gazes comuns secas ofereceu resultados muito bons, porém, devido ao tecido de granulação friável, houve aderência das gazes, com sangramento durante as trocas.

Tabela I - Distribuição da resposta da ferida a cada tipo de cobertura adotada.

Cobertura primária	Troca	Resultados	
		Positivo	Negativo
1. AGE + gaze comum seca	24 horas	Desbridamento autolítico Estimulou a formação do tecido de granulação	As gazes aderiram no tecido de granulação com sangramento na retirada Hipergranulação
2. Hidrocolóide	3 dias	Desbridamento autolítico perilesional	Hidratação excessiva Maceração perilesional
3. Hidrocolóide extrafino	3 dias	Desbridamento autolítico perilesional	Hidratação excessiva Maceração perilesional
4. Hidrogel	3 dias	Desbridamento autolítico perilesional	Hidratação excessiva Maceração perilesional
5. Alginato gel + gaze comum seca	3 dias	Reduziu o exsudato	Aderência da gaze no tecido de granulação com sangramento na retirada
6. Alginato gel + gaze rayon	3 dias	Reduziu o exsudato Fácil retirada	
7. Fibra de alginato de cálcio e sódio	3 dias	Reduziu o exsudato Fácil retirada	
8. Gaze de rayon embebida em óleo dermoprotetor (AGE + vitamina A, E, óleos de copaíba e melaleuca)	24 horas	Ótimo desbridamento Ótima hidratação Não aderência Fácil retirada	

A placa de hidrocolóide proporcionou importante desbridamento autolítico nas bordas da ferida, porém, causou aumento na quantidade de exsudato, com maceração perilesional.

A associação de gaze rayon com gel de alginato, diretamente sobre o leito da ferida, proporcionou maior facilidade nas trocas, sem sangramento.

Os curativos industrializados de gaze rayon embebida em óleo dermoprotetor (AGE, vitamina A, E, óleo de copaíba e melaleuca), trocados a cada 24 horas, alternados com fibras de alginato ou alginato gel, trocados a cada três dias, possibilitaram significante redução na área da lesão.

As medidas da ferida, ao final do tratamento, eram as mesmas após uma semana de tratamento, porém com tecido de granulação saudável em todo o leito e em condições favoráveis para enxerto dermocutânea, conforme diagnóstico médico.

Na Tabela I, observa-se o resumo da evolução do tratamento.

Conclusão

Apesar dos resultados, ocorridos no transcorrer do tratamento, conseqüentes à internação hospitalar e à falta de materiais adequados no momento oportuno, o conhecimento técnico e o julgamento clínico, aliados a um bom relacionamento interdisciplinar, e à colaboração dos familiares contribuíram para que o objetivo fosse alcançado, vencendo-se o desafio assumido.

Embora os oito tipos de coberturas utilizadas não tenham conduzido à cicatrização completa da ferida, contribuíram de forma efetiva para o enxerto dermocutâneo.

Almeja-se que os resultados obtidos possam possibilitar a construção de novas hipóteses a serem contempladas com pesquisas subseqüentes, subsidiando novas abordagens no tratamento de úlceras venosas crônicas, com uso de curativos industrializados, em pacientes acamados [20].

Espera-se, também, que este trabalho possa despertar o interesse de outros profissionais, no aperfeiçoamento desse tipo de assistência, minimizando custos, evitando intercorrências e auxiliando na elaboração de protocolos adequados para o tratamento dessa patologia, através de uma assistência holística e de boa qualidade.

Referências

1. Sacchi AA. Avaliação da bomba muscular da panturrilha nos pacientes portadores de varizes primárias através da pletismografia a ar [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.75p.
2. Engelhorn CA, Beffa CV, Bochi G, Pullig RC, Picheth FS, Cunha SS. Avaliação por pletismografia a ar da função da bomba muscular da panturrilha conforme a idade. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular J Vasc Br 2003;2(1):13-6.
3. Dadatti-Granja P, Correa AC, Castro L, Franco T, Borojevic R, Takyia CM, et al. Como diagnosticar & tratar úlceras de estase venosa. RBM Rev Bras Med 2005;62(7):276-84.
4. Silbernagl S, Lang F. Fisiopatologia: texto e atlas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 240-41.
5. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 973 p.
6. Poletti NAA, Caliri MHL. Atenção a pacientes com feridas. Evidências para a prática. USP: São José do Rio Preto; 2003. 189p.
7. Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2005.
8. Iron GL. Feridas: Novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.390 p.
9. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis; 2007.
10. Hess CT. Tratamento de feridas e úlceras. 4a ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso; 2002.
11. Borges EL. Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005. 305f.
12. Candido LC. Livro do Feridólogo. Tratamento clínico-cirúrgico de feridas cutâneas agudas e crônicas. Núcleo interdisciplinar de pesquisa e tratamento de feridas [online]; 2006; Santos. [citado 2007 Jan 10]. Disponível em: URL: http://www.feridologo.com.br
13. Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. An Bras Dermatol 2006;81(6):509-22.
14. Castro e Silva M, Cabral ALS, Barros JRN, Castro AA, Santos MERC. Diagnóstico e tratamento da doença venosa crônica. J Vasc Br 2005;4(Supl.2):S185-94.
15. Mandelbaum S, Di Santis EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte I. An Bras Dermatol 2003;78(4):393-408.
16. Mandelbaum S, Di Santis EP, Mandelbaum MHS. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte II. An Bras Dermatol 2003;78(5):521-22.
17. Blanes L. Tratamento de feridas. Baptista-Silva JCC, ed. Cirurgia vascular: guia ilustrado [online]; 2004; São Paulo. [citado 2007 Jan 12]. Disponível em: URL: http://www.bapbaptista.com
18. Piccoli M, Galvão CM. Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine. Rev Eletrônica Enferm 2005;7(3):366-72.
19. Basso RS, Picoli M. Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnósticos de enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine. Rev Eletrônica Enferm 2004;6(3)309-23.
20. Yin RK. Case study research: design and methods [online]. [citado 2007 Jan 12]. Disponível em: URL: http://www.focca.com.br/cac/textocac/Estudo_Caso.htm
21. Mazzotti AJAM. Usos e abusos dos estudos de caso. Cadernos de Pesquisa 2006;36(129):637-51.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2007;6(6)

Atualização

Uma abordagem alternativa na pesquisa em história da enfermagem: o jornal como fonte

Almerinda Moreira, D.Sc.*, Daniela Gomes de Souza**, Gisele Sá Freire Dias***

*Docente da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Membro do Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem – LAPHE/EEAP/UNIRIO,** Enfermeira, EEAP/UNIRIO, ***Enfermeira, Mestrado em Enfermagem da EEAP/UNIRIO*

Resumo

Introdução: Na enfermagem, há uma dificuldade em desvelar fatos com uma compreensão mais apropriada por falta de dados. Pesquisadores de história da enfermagem (HE) passaram a utilizar a História Nova, em substituição à história tradicional, por ser fundamentada em uma variedade de fontes. *Objeto*: Utilização do jornal – imprensa escrita – como fonte de pesquisa em HE. *Objetivo:* Elucidar elementos da utilização desta fonte para pesquisa em HE. *Materiais e métodos*: Estudo qualitativo, descritivo e pesquisa bibliográfica. *Resultados:* Noticiabilidade é quando um fato torna-se notícia. Para isso, é necessário um conjunto de atributos chamados "valores-notícia". Estes podem ser divididos em critérios substantivos, relativos ao produto, ao meio, ao público e à concorrência. Para identificar o significado da publicação da notícia, utiliza-se da triangulação dos dados. A partir dessa etapa é que o historiador da enfermagem poderá discutir sobre a gênese dessa profissão e a formação da identidade profissional utilizando essa fonte. *Conclusão:* Compreender os fatos através da imprensa oferece subsídios para criticar a documentação oficial. Assim, a historiografia da enfermagem busca não mais aplicar a capacidade de enfileirar fatos, mas procurar suas articulações, o que pode ser feito também através dos registros de periódicos.

Palavras-chave: história da enfermagem, pesquisa, documento, imprensa escrita.

Abstract

A research alternative approach in nursing history: the newspaper source

Introduction: It is very difficulty, in nursing history, to unveil facts with deep understanding due to lack of data. The researchers of nursing history (NH) start using New History in replacement of traditional history, for it is based on a variety of sources. *Object:* To use newspaper - written press - as source for research in NH. *Objective:* To elucidate elements of this source for the research in NH. *Methods and material:* Qualitative, descriptive and bibliographical research. *Results:* The "noticiability" is when a fact becomes news. For this, it is necessary a set of so-called news values. These can be divided in substantive criteria related to the product, to the media, to the public and to the competition. To identify the meaning of publishing news, it can be used the triangulation data. From this stage the nursing historian can discuss about professional genesis and the formation of professional identity. *Conclusion:* The understanding facts through the press offer subsidies to criticize the

Artigo recebido em 17 de janeiro de 2006; aceito em 12 de novembro de 2007.
Endereço para correspondência: Almerinda Moreira, Rua Lauro Muller 96/1005, Botafogo, 22290-160 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 2543-8330/9961-4089, E-mail: almerinda@sky.com.br.

official documentation. Thus, the nursing historiography aims not to line up facts, but to try to work out a solution through publication registers.

Key-words: history of nursing, research, document, written press.

Resumen

Un abordaje alternativo en la investigación en la historia de enfermería: el periódico como fuente

Introducción: En enfermería existe una dificultad en desvelar hechos con una comprensión más profunda por falta de información. Los investigadores de la historia de enfermería (HE) pasaron a utilizar la Historia Nueva, en substitución a la historia tradicional, por basarse en una variedad de fuentes. *Objeto*: Utilización del periódico - prensa escrita - como fuente de investigación en HE. *Objetivo:* Dilucidar los elementos de utilización de esta fuente para la investigación en HE. *Materiales y métodos:* Estudio cualitativo, descriptivo e investigación bibliográfica. *Resultados:* Noticiabilidad es cuando los acontecimientos están aptos para transformarse en noticia. Para esto, es necesario un conjunto de elementos llamados valores/noticias. Éstos se pueden dividir en criterios substantivos, referente al producto, al medio, al público y a la competición. Para identificar el significado de la publicación de la noticia puede ser utilizado la triangulación de datos. A partir de esa etapa es que el historiador de enfermería podrá discutir sobre la génesis de su profesión y de la formación de su identidad profesional. *Conclusión*: La comprensión de los hechos a través de la prensa ofrece subsidios para criticar la documentación oficial. Así, la historiografía de la enfermería busca no más aplicar la capacidad de alinear hechos, pero tentar solucionar a través de la clasificación periódica.

Palabras-clave: historia de la enfermería, investigación, documento, la prensa escrita.

Introdução

Tem-se observado, nos dias atuais, um movimento de transformação paradigmática em relação à concepção social da enfermagem como uma profissão essencialmente prática. Esse entendimento tem sido contestado pela categoria, no sentido de buscar rediscutir sua significação social, seu objeto de trabalho, bem como, compreender as suas origens [1].

Em relação à busca pela compreensão da gênese da enfermagem, se por um lado ainda encontra-se atrelada, somente, ao conhecimento de atividades realizadas por Florence Nightingale, enquanto precursora da enfermagem moderna, ou às atuações de Anna Nery na Guerra do Paraguai; por outro, se amplia a discussão para além desses objetos tradicionais de pesquisa. Essa situação vem demonstrar que os estudos históricos contribuem com a construção de uma memória coletiva para a enfermagem, no intuito de proporcionar a produção ou reprodução da identidade daquilo que é essa profissão, entendida como historicamente produzida [2]. Assim, "o que se busca no passado é algo que pode até ter-se perdido nesse passado, mas que se coloca no presente como uma questão não resolvida" [3].

Como bem relata Lynaugh [4], tanto na história quanto na enfermagem, há uma dificuldade em desvelar fatos que ofereçam uma compreensão mais profunda dos eventos humanos. Muitas vezes, os dados encontram-se incompletos e esparsos. Por esse motivo, os pesquisadores de história da enfermagem viram a necessidade de se apegarem aos princípios da História Nova, na tentativa de elucidar a construção social dessa profissão.

A História Nova substituiu a história tradicional, baseada em textos escritos e oficiais, por uma história fundamentada em uma maior variedade de fontes. Dessa forma, ela permite a ampliação da noção de documento, que passa agora a ser considerada como tudo aquilo que pode ser referente ao homem [5,6].

É com base na História Nova que o pesquisador tem o livre arbítrio na escolha de suas fontes de pesquisa. O interesse do autor pelo assunto e sua visão de sociedade determinam a escolha de seu objeto. As fontes e o tratamento dos dados são escolhidos de acordo com as inquietações do historiador, que emergem de um contexto de troca entre as suas concepções e o material utilizado [3].

Ao se estudar períodos remotos da história da enfermagem, muitas vezes é difícil encontrar documentos oficiais que façam menção a fatos ou mesmo pessoas vivas que possam relatá-los. Nesse sentido, a História Nova pode contribuir para ressarcir essa deficiência, impedindo que a pesquisa seja rotulada

como inalcançável. Afinal, "tudo tem um passado que pode, em princípio, ser reconstruído e relacionado ao restante do passado" [7].

O jornal ou periódico de imprensa escrita pode ser uma fonte utilizada a partir dessa nova perspectiva, pois reflete o olhar dos contemporâneos acerca de determinados acontecimentos. Trata-se, então, de uma abordagem diferenciada, no sentido de ampliar a visão histórica para fora dos muros de um saber condicionado pelos envolvidos diretos em uma dada situação. Na história da enfermagem, essa fonte pode apresentar-se como mais uma alternativa na busca da construção da memória profissional coletiva, uma vez que historiadores e enfermeiros descobrem cedo que não há respostas simples e prontamente disponíveis para alguns problemas humanos [4].

Com base no disposto anteriormente, abre-se o seguinte questionamento: como o jornal pode ser utilizado na pesquisa em história da enfermagem? Dessa forma, o objeto deste estudo foi a utilização do jornal – imprensa escrita – como fonte de pesquisa em história da enfermagem. Quanto ao principal objetivo deste trabalho foi elucidar elementos da utilização do jornal – imprensa escrita – como fonte da pesquisa em história da enfermagem.

O estudo justifica-se pela sua contribuição como mais um artifício para a construção da memória coletiva da enfermagem, proporcionando uma base para o estudo da compreensão de suas origens e para a discussão de sua significação social.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva. O delineamento adotado é a pesquisa bibliográfica. Foi realizada uma busca de literaturas referentes a áreas de conhecimento que dizem respeito à história, ao jornalismo, à enfermagem e à metodologia da pesquisa, em bases de dados eletrônicas e bibliotecas. Após a leitura das referências encontradas, as mesmas foram cotejadas entre si, a fim de responder ao questionamento deste estudo.

Resultados e discussão

A utilização do jornal na pesquisa histórica da enfermagem

Os registros jornalísticos não são escritos com o intuito de servir à história. Um jornalista, ao relatar um fato na imprensa escrita, move-se no sentido da conjuntura do momento em que vive. A decisão de transformar um fato jornalístico em um fato histórico cabe ao historiador, a partir de sua certeza de que é útil aos seus objetivos. Esse pesquisador "impregnado da atmosfera do tempo em que o artigo foi escrito, tendo bem presentes as circunstâncias históricas em que se produziu, é que pode captar o eco das intensas vibrações sociais que porventura tenha provocado" [8].

Para o historiador utilizar um fato publicado na imprensa escrita como fato histórico, ele precisa, inicialmente, formar um forte contexto do período em que o relato jornalístico foi efetuado. Somente dessa maneira é que o pesquisador poderá interpretar os motivos que fizeram o jornalista tornar público o registro da situação. Afinal, o papel do historiador não é simplesmente relatar fatos que possam passar despercebidos por outras pessoas, mas sim compreender e explicar por que e como esses fatos ocorreram [2].

Ao pesquisador de história da enfermagem interessa identificar até que ponto o jornal pode ser útil ao seu objeto de pesquisa. Os registros noticiosos nele contidos podem ser utilizados como fonte principal de uma pesquisa, em situações nas quais se querem desvelar fatos dos primórdios da enfermagem, em que os documentos oficiais encontram-se raros ou indisponíveis. Além disso, pode servir para o estudo das significações sociais da enfermagem, uma vez que "a publicação cotidiana de notícias ajuda a construir as imagens culturais que edificam todas as sociedades" [9]. Pode, ainda, ser utilizado como fonte complementar de uma pesquisa, no sentido de proceder à contextualização da mesma. Em qualquer uma das situações, é de suma importância ao pesquisador identificar o significado da publicação de uma notícia em jornal no recorte temporal utilizado.

Para identificar o significado da publicação da notícia, o estudioso pode utilizar-se de um processo denominado triangulação dos dados. Essa técnica é baseada em princípios que sustentam que um fenômeno social não pode existir isoladamente, sem história, sem significados culturais e sem vinculações com a realidade social. Segundo essa técnica, e adaptando-a ao estudo histórico, três itens do fenômeno devem ser abordados: processos e produtos centrados no fato, elementos produzidos pelo meio e processos e produtos originados da estrutura sócio-econômica e cultural em que o fato ocorre [10].

Os processos e os produtos centrados no fato podem ser relacionados às características apresentadas pelo acontecimento para que se torne notícia. A aptidão para um fato ser publicado, tornar-se notícia, é denominada noticiabilidade. Para que um fato tenha noticiabilidade, é necessário um conjunto de atributos chamados "valores-notícia". Esses podem ser divididos em critérios substantivos, relativos ao produto, relativos ao meio, relativos ao público e relativos à concorrência [9].

Os "valores-notícia" substantivos são aqueles inerentes ao acontecimento passível de ser noticiado e englobam "nível hierárquico dos indivíduos envolvidos, impacto sobre a nação, proximidade, quantidade de pessoas envolvidas, significância futura, novidade, recenticidade ou atualidade, e interesse público" [9]. Aqueles relativos ao produto dizem respeito aos atributos do fato, tais como a disponibilidade do mesmo e sua capacidade de ser apresentado. Relativos ao meio, têm-se o equilíbrio – que faz com que um fato seja publicado para contrabalançar as diversas editorias do meio de comunicação – e outros valores com os quais se define a que meio de comunicação o acontecimento é adequado [9].

Quanto aos "valores-notícia" relativos ao público, podem-se ressaltar a carga emocional que o fato representará, o que faz com que o trabalho jornalístico esteja orientado a "captar mais os acontecimentos pontuais, que representam ruptura, que os constantes, que representam permanência, estabilidade" [9]. Finalmente, relativos à concorrência, há a exclusividade ou reciprocidade, "que podem levar um fato a sair no jornal no dia seguinte apenas porque o concorrente tem ou não os mesmos fatos em mãos" [9].

Dessa forma, "para ganhar o estatuto de notícia, um fato deve passar por uma negociação que envolve o próprio acontecimento e seus atributos e algumas exigências decorrentes da natureza do trabalho jornalístico" [9], além da reação do público ao fato. Porém, a construção que o enunciador-jornalista faz do acontecimento influi diretamente na formação da notícia, a partir do momento em que ele seleciona do real a parcela que lhe interessa. Se prevalecer o real, a notícia tende mais para o registro e a objetividade – notícias sólidas –, quando prevalece o enunciador, a narrativa se revela em toda a sua liberdade de criação – notícias leves.

Dentre os outros dois itens da triangulação de dados, os elementos produzidos pelo meio podem ser considerados como os demais acontecimentos relativos ao objeto de estudo, expressos em outras formas de documentação. O contexto histórico da publicação do fato enquadra-se no item de processos e produtos originados da estrutura sócio-econômica e cultural.

O cruzamento dos três processos e produtos, na técnica de triangulação, resultará na identificação do registro jornalístico como fato ou não histórico, no entendimento da circunstância em que fato tornou-se notícia e, conseqüentemente, na delimitação de sua utilização como fonte para a pesquisa em história da enfermagem. A partir dessa etapa é que o historiador da enfermagem poderá discutir sobre a gênese de sua profissão e a formação de sua identidade profissional, utilizando essa fonte de pesquisa.

Conclusão

A enfermagem é uma ciência e uma profissão que pode ser vista por muitos vieses. Contudo, destacamos neste texto uma abordagem histórica com utilização das notícias veiculadas na imprensa escrita, com a finalidade de investigar acontecimentos, processos, instituições do passado, e verificar a sua influência na sociedade de hoje. Diversos outros itens do trabalho jornalístico poderiam ter sido abordados, mas cabia aqui somente desvelar a utilização do jornal na pesquisa em história da enfermagem.

Anteriormente à utilização da História Nova por pesquisadores da enfermagem, o desenvolvimento dessa profissão era traçado, basicamente, na forma da descrição de eventos por meios da documentação oficial, dentro de uma ordem cronológica linear. Com o advento da progressão da enfermagem, a pesquisa de sua história vem se aprimorando pela necessidade de sair da versão tradicional. Os documentos oficiais não se explicam por si só. A sua compreensão depende da conjugação estrutural mais ampla, cabendo ao pesquisador explorar outras fontes.

Dessa maneira, avaliar as entrelinhas é contribuir para a renovação da pesquisa, preenchendo as lacunas até então presentes. Com a contribuição da imprensa escrita, a pesquisa volta-se não somente para um determinado fato, mas também há uma preocupação de buscar explicações acerca dele.

A compreensão dos eventos, através da imprensa, oferece subsídios para criticar a documentação

oficial, pois esta não traz em si apenas a declaração contextual, mas sim significados subjacentes, os quais são decisivos para a formação de um juízo. Assim, a historiografia da enfermagem busca não mais aplicar a capacidade de enfileirar fatos, mas procurar suas articulações, o que pode ser feito também através do jornalismo.

A ótica do jornalismo permite assimilar os fatos do cotidiano sublinhados pelo contexto social. A grande vantagem dessa estratégia, que pode causar preocupação a muitos, é a de fazer do jornal um saber que estimula mudanças sobre determinada prática por meios da reflexão e da formação de uma consciência. Dessa maneira, buscar a gênese da enfermagem dentro desse meio de comunicação é aproximar o historiador da realidade vivenciada e dos valores de uma determinada época.

Referências

1. Daher DV, Santo FHE, Escudeiro CL. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? Rev Latinoam Enfermagem 2002;10:145-50.
2. Barreira IA. Memória e história para uma nova visão da Enfermagem no Brasil. Rev Latinoam Enfermagem 1999;7:87-93.
3. Vieira MPA, Peixoto MRC, Khoury YMA. A pesquisa em história. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
4. Lynaugh JL, Reverby S. Thoughts on the nature of history. Nurs Research 1987;36:4-69.
5. Le Goff J. A História Nova. In: A História Nova. São Paulo: Martins Fontes; 1998. p. 25-64.
6. Le Goff J. Documento/monumento. In: Enciclopédia Einaud. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda; 1984. p. 95-106.
7. Burke P. Abertura: a nova história, seu passado e seu futuro. In: A escrita da história: novas perspectivas. São Paulo: UNESP; 1992.
8. Jobim D. Jornalismo e história. In: Espírito do jornalismo. São Paulo: EDUSP; 2003. p. 25-37.
9. Motta LG. Teoria da notícia: as relações entre o real e o simbólico. In: Movilland M, Porto DS. O jornal: da forma ao sentido. Brasília: Universidade de Brasília; 2002. p. 305-319.
10. Triviños ANS. Pesquisa qualitativa. In: Introdução à pesquisa em ciências sociais – a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas; 1987. p. 116-173.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2007 (o texto completo dos requisitos está disponivel, em inglês, no site de Atlântica Editora em pdf).

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3.Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
Jean-Louis Peytavin
Atlantica Editora
Rua da Lapa, 180/1103 - Lapa
20021-180 Rio de Janeiro RJ
Tel: (21) 2221 4164
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

2008

Março

4 a 7 de março
44º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
Porto Alegre, RS
Informações: www.44csbmt.com.br

13 a 16 de março
Simpósio Cearense Multidisciplinar Cardio-Respiratória Pulmonar
Ponta Mar Hotel
Fortaleza, CE
Informações: (85) 3272-4144

Abril

29 a 01 de abril
V CONAENF – Congresso Nacional de Enfermeiros Hospital das Clínicas – FMUSP
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo, SP
Informações: bleventos@uol.com.br

2 a 5 de abril
Simpósio Internacional de Neonatologia de Porto Alegre
Porto Alegre, RS
Informações: (51) 3315-4188

17 a 19 de abril
2º SITEN - Simpósio Internacional Sobre o Trabalho em Enfermagem
Foz do Iguaçu, PR
Informações: www.aben-pr.org.br

Junho

24 a 26 de junho
8º Congresso de Stress da ISMA-BR
Porto Alegre, RS
Informações: (51) 3222-2441

Curso de Urgências e Emergências

Enfermagem Brasil – *Volume 6 Número 6 – Novembro / Dezembro de 2007*

Jean Louis Peytavin

atlântica editora

ATLÂNTICA educacional

1 **Triagem e gerenciamento de desastres em vítimas de traumas**

2 **Cinemática do trauma**

3 **Atendimento inicial à vítima de trauma**

4 **Atendimento inicial ao paciente queimado**

5 **Atendimento na parada cardiorrespiratória**

6 **Atendimento à criança vítima de trauma**

Será feita uma avaliação pós-curso para emissão de certificado pela Atlantica Educacional.

Billy W

Atendimento na parada cardiorrespiratória

Definição

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a parada súbita e inesperada dos batimentos cardíacos eficazes e da respiração. A PCR é a responsável pela morte biológica irreversível, com deterioração dos órgãos e sistemas, quando não se instauram as manobras adequadas de manutenção da circulação e da respiração. A morte encefálica (necrose do tronco e do córtex cerebral), consequência da PCR, é diagnosticada após 5 minutos de PCR.

A parada respiratória é uma situação em que os esforços respiratórios estão ausentes por mais de 10 segundos (não há movimentação do tórax ou fluxo de ar pelas vias aéreas).

Etiologia

A parada cardiorrespiratória (PCR) é súbita e inesperada, portanto se um paciente portador de uma doença grave em estágio terminal tem uma parada dos batimentos cardíacos, não é parada cardiorrespiratória, e sim morte.

As causas mais freqüentes de PCR são:

- doenças arteriais coronarianas (angina pectoris, infarto do miocárdio);
- diabetes;
- hipertensão arterial;
- hemopericárdio;
- pneumotórax;
- broncoespasmo, asma;
- reação alérgica;
- choque cardiovascular;
- obstrução das vias aéreas;
- afogamento.

A parada respiratória pode resultar de obstrução de vias aéreas (corpo estranho, anafilaxia etc.), quase-afogamento, acidente vascular encefálico, inalação de fumaça, overdose de drogas (opióides, benzodiazepínicos, barbitúricos etc.), choque elétrico ou trauma físico.

Clínica

Os sinais que podem preceder uma PCR são: dor torácica, sudorese, tontura, escurecimento visual, perda de consciência, alterações neurológicas, parada de sangramento prévio.

Os sinais de iminência de parada respiratória são o "sinal universal da asfixia" (o paciente agarra o pescoço com o polegar e o indicador), a incapacidade de falar, a tosse fraca e ineficaz, a cianose e os sons inspiratórios agudos ou ausentes. A perda repentina do nível de consciência pode ser a primeira manifestação da parada respiratória. Nestes casos, deve-se sempre avaliar a presença de movimentos respiratórios e a presença de pulso central (preferencialmente carotídeo). Em adultos, comumente a parada respiratória é conseqüência de parada cardíaca e a reanimação deve englobar tanto a massagem cardíaca como a respiração artificial.

O principal sinal da PCR é a ausência de pulsos carotídeos palpáveis.

Nos casos de PCR que ocorrem no hospital, cerca de 30% dos casos são conseqüência da fibrilação ventricular (FV) e o restante por assistolia ou atividade elétrica sem pulso (AESP). O AESP é a

presença de um ritmo no monitor cardíaco, mas que não é capaz de gerar um batimento cardíaco eficaz (pulso). O AESP é o principal mecanismo de parada cardiorrespiratória no hospital.

Para que seja AESP o ritmo deve apresentar complexos QRS de aparência normal ou até mesmo um ritmo sinusal, sem a presença de pulso palpável.

Frente a uma situação de PCR com AESP devemos sempre investigar as seguintes situações:

5 T	*5 H*
Toxicidade por drogas	*Hipovolemia*
Tamponamento cardíaco	*Hipóxia*
Tensão no tórax (pneumotórax)	*Hipercalemia*
Trombose coronariana (IAM)	*Hipotermia*
TEP maciço	*Hidrogênio (acidose)*

A regra mnemônica 5T/5H foi adaptada do inglês para o português e ajuda a guardar as principais causas de AESP.

Nos casos de PCR extra-hospitalar, a causa principal (até 80%) é a fibrilação ventricular (FV). AESP e assistolia representam a segunda causa (20 a 30 % dos casos).

Tratamento

Abordagem ao paciente

O tempo entre a parada cardiorrespiratória e o início das manobras de ressuscitação é o fator fundamental no prognóstico do paciente. O ideal é que não passe de 4 minutos. A partir deste tempo já podemos esperar seqüelas neurológicas. Após 10 minutos de PCR sem a realização de manobras de ressuscitação já podemos esperar morte cerebral.

Dada tamanha importância do fator tempo, as manobras básicas de ressuscitação devem ser iniciadas imediatamente. Difundir tais técnicas através de programas de formação voltados para a população leiga e capacitar os profissionais de saúde para atuarem mais ágil e eficazmente de acordo com protocolos universais, é medida de saúde pública louvável que pode salvar muitas vidas bem como lhes poupar de seqüelas incapacitantes.

Sinais de PCR

- Paciente não atende aos chamados.
- Ausência de pulso carotídeo palpável.
- Apnéia ou respiração agônica.

Obs.: Fique atento! Um paciente hospitalizado pode estar dormindo e haver um mau contato nos cabos do monitor cardíaco ou até mesmo um defeito no aparelho, e não registrar corretamente o ritmo cardíaco. Não vá iniciar as manobras de ressuscitação em um paciente que está dormindo.

O passo seguinte é solicitar ajuda. Isto vale para o ambiente intra e extra-hospitalar. No ambiente extra-hospitalar, deve-se acionar os serviços médicos de urgência (LIGUE PARA 193). De nada adianta iniciar as manobras de ressuscitação se a ajuda não vai chegar. Neste caso o início de tais manobras visa tentar postergar a ocorrência de lesões hipóxico-isquêmicas até a chegada de auxílio médico. Outro motivo é que o principal mecanismo de PCR extra-hospitalar é a fibrilação ventricular. Logo se a equipe médica não chegar com o desfibrilador em um tempo hábil, seu esforço terá sido em vão.

No ambiente intra-hospitalar também é importante solicitar ajuda, que se resume na equipe de saúde (treinada) e providenciar o material necessário ("carro de parada").

Material necessário – Carro de parada contendo:

- desfibrilador;
- ambú com mascara;
- laringoscópio com pilha;
- tubo endotraqueal de diversos tamanhos;
- material para aspiração;
- medicamentos: adrenalina, atropina, antiarrítmicos etc.;
- material para acesso venoso: jelcos, cateteres, seringas, equipos e soros.

O atendimento a PCR começa com o *Basic Life Support* (BLS) e, se necessário, passa-se ao *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS).

BLS - Basic Life Support (Suporte básico de vida ou SBV)

Deve ser prontamente iniciado frente a um quadro de PCR. Consiste em iniciar manobras que restituam a oxigenação e a circulação em órgãos nobres (coração e cérebro), seguindo o algoritmo ABCD.

A (Airways) – Vias aéreas

A desobstrução das vias aéreas é obtida pela elevação do mento e a extensão cervical. Observar se há alguma obstrução (prótese dentária, corpo estranho). *Neste momento não deve ser realizada a intubação endotraqueal.*

Na ausência de tônus muscular, a língua ou a epiglote pode obstruir as vias aéreas, especialmente em pessoas inconscientes. Nos casos de trauma com possível acometimento da coluna cervical, deve-se ficar atento para não tracionar o pescoço.

B (Breath) – Respiração

Se, após a abertura das vias aéreas, o paciente não respirar espontaneamente, deve-se iniciar a ventilação se possível com ambú (começar a ventilação boca-a-boca se o ambú não estiver ainda disponível).

Ventilação boca-a-boca: após ocluir as asas do nariz da vítima com a mão que mantém a extensão da cabeça, inspirar profundamente e colocar os lábios na boca (ou no nariz) da vítima, insuflando, por duas vezes, um volume de ar necessário para expandir o tórax, com duração de 1,5 a 2 segundos. Em crianças pequenas, a insuflação de ar deve ser feita com a boca do reanimador cobrindo a boca e o nariz da vítima, com duração de 1 a 1,5 segundo. A freqüência deve ser de 12 ventilações por minuto, se a vítima tiver circulação espontânea.

Ventilação com ambú e máscara: se possível acoplar o ambú à fonte de oxigênio. Observar se há expansão do tórax. Faça 2 ventilações e observe se o paciente vai voltar a respirar. Se isto não ocorrer volte a ventilar com ambú e passe a fase seguinte.

C (Circulation) – Circulação

A compressão do tórax (massagem cardíaca externa) deve causar uma depressão no tórax de aproximadamente 3 a 5 cm visando comprimir o próprio coração, impulsionando um volume de sangue para a circulação sistêmica, com uma freqüência de 100 vezes por minuto. Deve ser realizada alternadamente com a respiração (ventilação com ambú) na proporção de 15 massagens para 2 ventilações.

Com esse procedimento, o fluxo carotídeo pode atingir 30% do normal, a pressão arterial sistólica 100 mmHg e a pressão diastólica 40 mmHg.

Realização das compressões torácicas:

- Colocar as mãos sobre a metade inferior do esterno, no ponto em que a linha intermamilar cruza com o esterno. Apoiando-se com as eminências tênar e hipotênar de uma das palmas, colocar a segunda mão sobre a primeira, evitando encostar os dedos no tórax da vítima.
- Exercer uma pressão, com a ajuda do peso do corpo, para proporcionar uma depressão no tórax de 3 a 5 cm.
- Os braços do socorrista devem ser estendidos, realizando uma pressão perpendicular sobre o tórax da vítima.

A observância dessas medidas pode prevenir os acidentes de reanimação como fraturas de costelas, pneumotórax e hemotórax.

Em crianças de menos de 8 anos, o procedimento é o mesmo, mas as compressões devem ser realizadas com apenas uma das mãos.

D (Desfibrillation) – Desfibrilação

A desfibrilação é a única medida capaz de reverter uma FV ou TV (taquicardia ventricular). Se o desfibrilador não possuir um monitor cardíaco, deve ser providenciado um para a monitorização do paciente.

Com o desfibrilador manual, a operação e a interpretação do ritmo é feita pelo socorrista, e com o desfibrilador externo semi-automático (DEA), a interpretação é feita pelo aparelho. De fácil operação, o DEA pode ser utilizado por leigos, e deveria estar presente em todos os lugares com grandes concentrações de pessoas, como estádios e shoppings.

- Se o ritmo do monitor for FV ou TV deve-se proceder à desfibrilação.
- Se for assistolia ou AESP, passe direto para o ACLS.

1º choque – 200 J: não retirar as pás do desfibrilador do tórax do paciente e observar. Se permanecer a FV ou TV fazer 2º choque.

2º choque – 300 J: não retirar as pás do desfibrilador do tórax do paciente e observar. Se permanecer a FV ou TV fazer 3º choque.

3º choque – 360 J: checar o ritmo e o pulso. Retirar as pás do desfibrilador.

Se não houver sucesso passa-se ao ACLS

ACLS - Advanced Cardiac Life Support (Suporte avançado de vida – SAV)

É o "ABCD" secundário. Deve ser realizado por médico treinado. O SAV ocorre na seqüência do SBV. Nessa fase, utilizam-se equipamentos para melhorar a ventilação, medicamentos e busca do diagnóstico.

A (Airways) – Vias aéreas

Este é o momento de realizar a intubação endotraqueal através de técnica rápida (a tentativa não pode exceder 30 segundos).

A ventilação boca-a-boca oferece uma concentração de oxigênio de 17%. A utilização da válvula-máscara (ambú), ligada a fonte de oxigênio de 10 l/min, oferece uma ventilação ótima, com concentração de oxigênio de 100%, na condição de que a máscara seja bem adaptada ao tamanho do paciente, para evitar vazamentos de ar. O inconveniente é a distensão gástrica, que diminui a eficácia dos movimentos do diafragma.

Por isso, a intubação endotraqueal (oro ou nasotraqueal), que consiste em introduzir um tubo dentro da traquéia, permite uma melhor ventilação, previne a aspiração gástrica e funciona eventualmente como via de administração direta de medicamentos.

B (Breath) – Respiração

Continua sendo feita com ambú. Verificar e fixar o tubo endotraqueal. Agora a ventilação é feita de forma não sincronizada com a massagem, cerca de 14 vezes por minuto.

C (Circulation) – Circulação

Deve ser realizado um acesso venoso periférico, preferencialmente nos membros superiores e a infusão de medicamentos.

Quando não se consegue o acesso venoso periférico, a injeção de medicamentos como adrenalina ou atropina pode ser feita através da sonda traqueal (por intermédio de um cateter instalado na sonda, por exemplo). Neste caso, utiliza-se o dobro da dose preconizada no uso EV. Após estabilização do paciente (recuperação dos batimentos cardíacos), pode-se instalar uma via de acesso jugular ou subclávia.

D (Diferential diagnosis) – Diagnóstico diferencial

Se o insucesso persistir, tentar procurar possíveis causas da PCR.

- Os medicamentos devem ser infusos com intervalos de 3 a 5 minutos.
- A vasopressina não pode ser repetida.
- Alguns medicamentos podem ser administrados pelo tubo endotraqueal, caso não se consiga um acesso venoso: atropina, naloxone, epinefrina e lidocaína.
- Se houver *torsades de pointes* pode ser administrado sulfato de magnésio 1 mg EV.
- O bicarbonato de sódio está restrito aos casos de hiperpotassemia, acidose grave ou intoxicação por antidepressivos tricíclicos.
- NOS CASOS DE ASSISTOLIA NÃO SE DEVE FAZER A DESFIBRILAÇÃO.

Se você está realizando o ACLS, o paciente está monitorizado, intubado e possui acesso venoso.

Remco Frank

PCR (SEM ASSISTOLIA OU AESP)

Adrenalina 1 mg ou Vasopressina 40 U
(repetir a cada 3 ou 5 minutos)
(dose única – não repetir)
↓
Choque 360 J
(3 tentativas com intervalo de 1 minuto)
(checar o ritmo e o pulso. Se não reverter segue o algoritmo)
↓
Amiodarona 300 mg + 30 ml soro fisiológico
↓
Choque 360 J
(3 tentativas com intervalo de 1 minuto)
(checar o ritmo e o pulso)

PCR (COM ASSISTOLIA OU AESP)

Adrenalina 1 mg ou Vasopressina 40 U
(repetir a cada 3 ou 5 minutos) (dose única – não repetir)
↓
Checar o ritmo e o pulso. Se não reverter segue o algoritmo
↓
Atropina 1 mg
(repetir a cada 3 ou 5 minutos – dose máxima = 0,04 mg/kg
↓
Checar o ritmo e o pulso
↓
Investigue, reveja (e trate!) possíveis causas

A investigação da causa base que desencadeou a PCR é vital nos pacientes que se recuperam de uma PCR, pois a recorrência é bastante elevada. Logo é muito importante que este paciente seja monitorizado em uma unidade de terapia intensiva.

Saber quando parar a reanimação pode ser a tarefa mais difícil. A desistência da reanimação está indicada após 30 minutos de PCR com emprego de uma técnica correta de ressuscitação e nenhuma causa identificada e tratável.

Pacientes com hipotermia (afogamento em águas geladas, frio intenso etc.) merecem maior tempo de ressuscitação. Nestes casos, os esforços só devem cessar após o aquecimento do paciente.

Medicamentos utilizados na PCR

- Adrenalina: por causa de seu efeito vasoconstritor periférico intenso, aumenta a pressão aórtica, melhora o fluxo sanguíneo coronariano e cerebral. É utilizada em todos os casos de PCR, na dose de 1 mg EV a cada 3 ou 5 minutos (em crianças 0,01 mg/kg/dose). A diluição recomendada é de 1 ou 2 ampolas em 10 ml de água destilada ou solução glicosada a 5%. Não administrar com soluções alcalinas. Se não for possível a administração EV, usar a via traqueal, seguida de um bolo de 10 ml de solução salina.

- Vasopressina: também potente vasoconstritor, utilizado na dose de 40 UI, dose única. A duração de ação é de 10 a 20 minutos.

- Atropina: utilizada nos casos de bradicardias ou bloqueios atrioventriculares (BAV), assistolia ou atividade elétrica sem pulso. A dose recomendada é de 0,5 a 1 mg EV em intervalos de 3 a 5 minutos (0,2 mg/kg/dose em crianças). A dose total não deve ultrapassar 0,04 mg/kg. Pode ser administrada pela sonda traqueal se necessário.

- Outros medicamentos: lidocaina (fibrilação/taquicardia ventricular), amiodarona (arritmias ventriculares e supraventriculares), procainamida, sais de cálcio (hipocalcemia, hipercalemia, hipermagnesemia, ou intoxicação por bloqueadores dos canais de cálcio), sulfato de magnésio (arritmias).

Cuidados pós-reanimação

Após a estabilização do paciente e a recuperação da respiração e da circulação, é importante:

- realizar exame clínico completo e avaliar os sinais vitais como as condições de perfusão das extremidades, o nível de consciência e a ausculta pulmonar;
- realizar ECG e monitorização cardíaca contínua;
- substituir os acessos venosos, quando realizados de forma precária ou apressada;
- realizar radiografia do tórax para detectar eventual pneumotórax e avaliar a condição do parênquima pulmonar.

Transporte

O transporte é um momento delicado, decidido após estabilização dos parâmetros vitais e a confirmação do recebimento do paciente em UTI. A vigilância deve ser estrita durante o transporte para evitar acidentes como extubação.

O papel da enfermeira e da equipe

O papel da enfermeira é essencial na PCR, porque ela inicia as manobras de suporte avançado de vida, com a ajuda dos auxiliares de enfermagem, e auxilia o médico nas manobras de ressuscitação.

A enfermeira é responsável da verificação diária do material de reanimação, do funcionamento do desfibrilador e do material de monitorização.

O material necessário inclui:

- marca-passo;
- ambú;
- sondas endotraqueais (vários tamanhos);
- sondas para aspiração de secreções;
- material para intubação: laringoscópio (vários tamanhos); xilocaina em spray e gel, mandril, seringas, gaze;
- material para acesso venoso e dispositivo para infusão;
- soros glisosados e fisiológicos;
- tábua;
- medicamentos: adrenalina, vasopressina, atropina, amiodarona, solução de bicarbonato, lidocaína, procainamida, dopamina, dobutamina, noradrenalina, nitroprussiato de sódio, aminofilina, morfina, gluconate de cálcio;
- material de proteção: luvas, óculos e máscaras, aventais.

O sucesso das manobras de ressuscitação exige uma verificação constante do material e equipamento, um treinamento adequado das equipes com atuação bem definida de cada pessoa. Muitos acidentes podem ser prevenidos quando há boa previsão dos acontecimentos, equilíbrio emocional, organização da equipe e do ambiente, número adequado de pessoas (sem falta nem excesso). Cada membro da equipe deve saber exatamente como atuar para evitar perdas de tempo ou repetições inúteis de gestos.